



Marta Estêvão

Relatório de Trabalho de Projeto

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Prof.^a Elsa Monteiro.

Outubro 2015



Marta Estêvão

Relatório de Trabalho de Projeto

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Prof.^a Elsa Monteiro.

Outubro 2015



**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção, do estudante Marta Filipa Sebastião Estêvão, n.º 130519018, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 05-10-2015.

O(s) orientador(es),

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Elsa Monteiro". The signature is fluid and cursive, with the first letters of the first and last names being capitalized and prominent.

(Elsa Monteiro)

*A todas as pessoas que,
ao cruzarem o meu caminho,
fizeram de mim o que eu
sou hoje.*

“O ignorante afirma,

O sábio duvida,

O sensato reflete.”

Aristóteles

Agradecimentos

Este relatório representa a etapa final da jornada que realizamos como estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Durante este “caminho” podemos contar com a ajuda e apoio de várias pessoas, pelo que desejamos agradecer:

Ao corpo de docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, cujos aportes teóricos que lecionaram nas aulas foram as bases para a minha reflexão e pesquisa.

Ao conselho de administração que autorizou a realização do projeto e os estágios. À comissão de Controlo de Infecção e à Comissão de Gestão do Risco pela receção calorosa durante os estágios opcionais que foram essências para o sucesso dos projectos desenvolvidos. Ao serviço de Gestão da Formação pelo esclarecimento de todas as minhas dúvidas.

À enfermeira Ana, ela sabe porquê!

À Sr.^a Enfermeira Teresa Anjos e Sr.^a Professora Elsa Monteiro cujo apoio e orientação foram fundamentais para a concretização dos objectivos deste trabalho.

À equipa interveniente no projeto pela compreensão e apoio demonstrados.

À minha colega Paula, com a qual caminhei lado a lado nesta jornada partilhando preocupações, frustrações e sucessos.

Aos meus pais, meus verdadeiros amigos. À minha irmã, que será sempre uma fonte de inspiração para mim.

Ao Rui Pedro pelo amor incondicional e a paciência infinita. Ao meu filho, a minha razão para viver, a quem roubei horas de atenção, espero que se orgulhe de mim.

A todos: Muito Obrigado!

Resumo

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e de acordo com o plano de estudos do referido curso realizamos três estágios; durante os quais, com vista à aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço e um Projeto de Aprendizagem de Competências de acordo com a metodologia de projeto.

As mãos dos profissionais que prestam cuidados aos clientes representam o principal veículo de transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde e a higienização das mãos é uma precaução básica essencial para a prevenção da infeção e consequentemente garantia de maior qualidade e segurança nos cuidados prestados. Estamos cientes que estes aspetos se revestem de maior importância no cliente cirúrgico pela sua vulnerabilidade à infeção no pós-operatório, uma vez que, a integridade da sua pele não está garantida. O nosso Projeto de Intervenção em Serviço incidiu nesta área com o objetivo de contribuirmos para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos. Realizamos momentos de observação das práticas de higiene das mãos dos profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e os dados recolhidos das observações foram transmitidos à equipe; formamos a equipa de profissionais da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos em relação ao modelo de higienização das mãos dos “Cinco Momentos” e elaboramos instrumentos (poster, imagem no ambiente de trabalho do computador e memórias de bolso) alusivos à prática da higienização das mãos de acordo com o modelo dos “Cinco momentos”.

Em simultâneo com o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvemos um Projeto de Aprendizagem de Competências também de acordo com a metodologia de projeto. Como tal, formamos a equipa sobre como atuar em caso de incêndio e elaboramos um procedimento sectorial sobre manutenção da temperatura corporal através da utilização de aquecedores de convecção.

Palavras Chave: Higienização das mãos, Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Metodologia de Trabalho de Projeto, Competências, Enfermagem Médico-cirúrgica.

Abstract

Under the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the Polytechnic Institute of Health Sciences School of Setúbal and in accordance with the said course syllabus conducted three stages; during which, for the purchase of common skills and specific nurse specialist and Master of Medical-Surgical Nursing, developed an intervention project in Service and Learning Project Skills according to the design methodology.

The hands of professionals who provide care to clients represent the main vehicle of transmission of infections associated with health care and hand hygiene is an essential basic precaution to prevent infection and thus guarantee highest quality and safety of the care provided; we are aware that this aspect is of utmost importance in the surgical client for their vulnerability to infection postoperatively, since the integrity of your skin is not guaranteed. Our Intervention Project in Service focused on this area in order to contribute to the prevention of infections associated to healthcare through best practices in the context of hand hygiene. We conducted observation moments of hand hygiene practices of professionals (nurses and operational assistants) of the Post-Anesthesia Care Unit and the data collected from observations were transmitted to the team; we formed the staff of the Post-Anesthesia Care Unit in relation to hygiene hands model of "Five Moments" and prepare instruments (poster, picture on the computer desktop and Pocket memories) alluding to the practice of hand hygiene according to the model of "Five times".

Simultaneously with the Intervention Project in Service developed a Skills Learning Project also according to the design methodology. As such, we formed the team on how to act in case of fire and prepare a sectoral procedure for maintaining body temperature by using convection heaters.

Keywords: Hand hygiene, Associated Infections Healthcare, Project Work Methodology, Skills, Medical-surgical Nursing.

Abreviaturas:

AESOP – Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

AO – Assistentes Operacionais

AORN – Association of Operating Room Nurses

APA – American Psychological Association

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Center of Disease Control and Prevention

CE – Contato em Estágio

CGR – Comissão de Gestão do Risco

DGS – Direção Geral de Saúde

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

ESS – Escola Superior de Saúde

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagens Competências

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SNS – Sistema Nacional de saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SWOT – Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

TF – Trabalho do Formando

Siglas:

Enf.^a – Enfermeira

Prof.^a - Professora

Séc. – Século

Sr.^a Senhora

Índice de Tabelas:

Tabela 1: <u>Comparação da percentagem de adesão por momento entre Maio de 2014 e Janeiro de 2015</u>	50
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Índice:

0. INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO – PIS	38
2.1. Diagnóstico da Situação	39
2.2. Planeamento do Projeto	44
2.3. Execução do Projeto	47
2.4. Avaliação do Projeto	49
2.5. Divulgação do Projeto	52
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM COMPETÊNCIAS – PAC	53
3.1. Diagnóstico da Situação	53
3.2. Planeamento do Projeto	55
3.3. Execução, Avaliação e Divulgação do Projeto	57
4. ANÁLISE DA APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ADQUIRIDAS	61
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	62
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	70
4.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	79

5. ANÁLISE DA APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DESENVOLVIDAS	83
6. REFLEXÃO FINAL	89
7. REFERÊNCIAS	93
Bibliográficas	93
Eletrônicas	95
ANEXOS	101
Anexo 1 – Formulário de Observação da Prática de Higiene das Mãos	102
Anexo 2 – Autorização do Projeto	104
Anexo 3 – Folha de Avaliação da Formação	106
Anexo 4 – Certificados das Formações Assistidas	109
APÊNDICES	115
Apêndice 1 – Documento de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Apêndice 2 – Análise SWOT	118
Apêndice 3 – Cronograma do PIS	121
Apêndice 4 – Imagem para Ambiente de Trabalho do Computador da UCPA	123
Apêndice 5 – Slides Formação “Higienização das Mãos: Uma precaução básica na prevenção da infecção”	125
Apêndice 6 – Guião para as cenas de <i>role-playing</i>	128

Apêndice 7 – Memórias de Bolso	137
Apêndice 8 – Plano da sessão “Higienização das Mãos: Uma precaução básica na prevenção da infeção”	139
Apêndice 9 – Cartaz informativo da sessão “Higienização das Mãos: Uma precaução básica na prevenção da infeção”	142
Apêndice 10 – Relatório de Estágio de Observação na CCI	144
Apêndice 11 – Póster “Mãos: Cuidar em Segurança”	158
Apêndice 12 – Artigo “Higienização das Mãos: Uma precaução básica na prevenção da infeção”	160
Apêndice 13 - Cronograma do PAC	171
Apêndice 14 – Procedimento sectorial: “Utilização do Aquecedor Corporal por Convecção”	174
Apêndice 15 – Relatório de Estágio de Observação na CGR	182
Apêndice 16 – Slides Formação “Combate a Incêndios”	193
Apêndice 17 – Guião para Simulacro	198
Apêndice 18 – Plano da sessão “Combate a Incêndios”	210
Apêndice 19 – Cartaz informativo da sessão “Combate a Incêndios”	214
Apêndice 20 – Reflexão Pessoal “Para a Minha Irmã - O fim de vida: Impacto na família”	216
Apêndice 21 – Trabalho “Supervisão Clínica em Enfermagem”	226

0. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) integrada no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), que frequentamos durante de três semestres e pretende relatar o percurso desenvolvido ao longo do mesmo e dos três estágios realizados que faziam parte do plano de estudos do curso referido que pretende ser apresentado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Os estágios I e II decorreram no período de 10 de Março a 10 de Julho de 2014 e o Estágio III decorreu de 19 de Setembro de 2014 a 30 de janeiro de 2015 no Hospital Y do CHG sob a orientação da Prof.^a Elsa Monteiro e da Enf.^a Orientadora Teresa Anjos com vista à aquisição de competências do enfermeiro especialista. Como tal, era-nos solicitado a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) de acordo com a metodologia de trabalho de projeto.

Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) a Metodologia Trabalho de Projeto baseia-se na investigação de um problema real e nas estratégias a aplicar para a sua resolução. Faz a utilização do conhecimento teórico que aplicado à prática permite adquirir "...capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real." (p.2). O conceito projeto deriva do latim *projectare*, o que significa lançar para a frente, atirar; e surgiu pela primeira vez no séc. XV. Na investigação significa o estudo de um determinado tema, problema ou situação com o objetivo de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade. (Priberam, 2014)

Cientes que a higienização das mãos é uma precaução básica essencial para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e que os enfermeiros desempenham um papel fundamental nesta área o nosso PIS recaiu nesta temática. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) afirma que epidemiologicamente "...é consensual que a transmissão de microrganismos através das mãos entre profissionais e os doentes é uma realidade incontornável, dando origem a infeções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados." (p.4); e considera que a higiene as mãos é uma prática simples e eficaz na redução das IACS interferindo significativamente na morbilidade e mortalidade dos clientes que procuram cuidados de saúde.

No decorrer dos estágios supracitados desenvolvemos um PAC cujas áreas trabalhadas partiram de uma motivação pessoal e também das necessidades sentidas enquanto enfermeiros a prestar cuidados. Como tal, tivemos oportunidade de abordar a temática dos incêndios e formar a equipa sobre como atuar em caso de incêndio e como manusear os extintores; outra área abordada foi as complicações pós cirúrgicas como a hipotermia sobre a qual elaboramos um procedimento sectorial sobre manutenção da temperatura corporal através da utilização de aquecedores de convecção.

No sentido de darmos a conhecer todo o trabalho concretizado no 3º Curso de Mestrado, bem como, o processo desenvolvido para a realização do PIS e do PAC durante os estágios surge este relatório.

Um relatório é uma exposição escrita, minuciosa e circunstanciada relativa a um assunto ou fato ocorrido, cujo objetivo é comunicar uma atividade desenvolvida ou ainda em desenvolvimento durante uma missão e que deve oferecer um relato permanente de um estudo ou de uma pesquisa e a informação necessária, que deve ser global e coerente, capaz de permitir tomadas corretas de decisões. (Dicionário informal, 2014) Sendo assim, com este relatório pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- ❖ Descrever o desenvolvimento do PIS, tendo em conta as etapas que o constituem;
- ❖ Relatar o que foi desenvolvido no âmbito do PAC;
- ❖ Fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na componente do cliente em situação crítica e do cliente em situação crónica e paliativa, e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas/desenvolvidas no decorrer dos estágios e ao longo do curso supracitado;
- ❖ Servir de instrumento de avaliação para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório está dividido por capítulos para que seja possível uma exposição do trabalho desenvolvido de forma esquematizada e organizada. No Capítulo 1 será desenvolvido o enquadramento concetual/teórico pelo que será designado por Enquadramento Concetual; no Capítulo 2 iremos descrever o trabalho realizado nas diferentes fases do PIS; no Capítulo 3 será o momento de descrevermos o que foi desenvolvido no PAC; no Capítulo 4 iremos refletir sobre as

competências adquiridas no âmbito das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e no capítulo 5 refletiremos sobre as competências de Mestre em enfermagem Médico-cirúrgica desenvolvidas. Terminaremos com uma reflexão sobre percurso realizado durante o curso e os recursos mobilizados para atingirmos os objetivos delineados inicialmente; e com a apresentação das referências bibliográficas utilizadas para a concretização deste relatório.

Este relatório foi realizado de acordo com as regras presentes no documento Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, redigido pelo Departamento de Enfermagem em 2011 e no Guia para a elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio, redigido pelo Departamento de Enfermagem para o ano letivo de 2014/2015. Para referenciar as fontes bibliográficas utilizadas, baseamo-nos na Norma da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para Fortin (1999) “O quadro de referência representa as bases teóricas ou conceptuais da investigação, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou prever relações entre eles. Qualquer investigação possui as suas próprias bases teóricas, que devem ser bem estruturadas e integradas no conjunto de estudo. (...) O quadro de referência pode provir de diversas fontes e comportar diferentes significações segundo o contexto no qual é aplicado.” (p.89).

Como tal, neste capítulo iremos apresentar o enquadramento teórico que nos norteou na realização do nosso PIS e PAC, bem como durante os estágios realizados no decorrer do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se materializa numa profissão. Segundo Nunes (2011) “A raiz latina da palavra “*profissão*” significa “*declaração pública*” (...) de compromisso, realizada perante (ou para) um público, que introduz o ingrediente de se implicar a si próprio no que se afirma” (p.39-40). No caso da enfermagem ela é complexa porque o objetivo é complexo, logo requer conhecimento através de investigação constante. Do ponto de vista epistémico¹ baseia-se numa multiplicidade de teorias com vista à aplicabilidade e compreensibilidade dos fenómenos, através de método indutivo, sendo o conhecimento cumulativo.

A enfermagem com suas especificidades produz conhecimento que por vezes é considerado como não enquadrado totalmente no que é preconizado como conhecimento empírico². Waldow defende que é frequente os profissionais de enfermagem lidarem com situações que exigem decisões para as quais não possuem evidências científicas o que os obriga a mobilizar outras formas de conhecimento provenientes do *insight* e compreensão, tal como a necessidade de apropriarem-se de conhecimentos de outras áreas; e que a particularidade das teorias de enfermagem assenta no facto de que elas englobam outros padrões de conhecimento além do empírico, relacionados com crenças e valores. (Silva & Batoca, 2003)

¹ Epistemologia é o ramo da filosofia que estuda o conhecimento, a origem e a natureza das fontes, os limites e a validade do conhecimento.

² O conhecimento empírico é caracterizado por ser sistematicamente organizado em leis gerais e teóricas cujo propósito é o de descrever, explicar e prever fenómenos de interesse especial. (Silva & Batoca, 2003)

A investigação realizada produz conhecimento próprio e permite à enfermagem mobilizar diferentes saberes. Segundo Carper (1978, cit. por Serrano, 2008), existem vários saberes mobilizados pela enfermagem, estes centram-se num: saber empírico ou ciência de enfermagem, identificado a partir da observação e validado por outros; saber do domínio do conhecimento científico, baseado numa teoria, e sustentado por método científico com base num raciocínio lógico a partir de um problema identificado; saber ético, que se fundamenta na interação existente no processo de cuidar e que fundamenta todas e quaisquer tomadas de decisão em juízos ético-morais; saber pessoal fundamental no contexto da interação, o conhecimento que o enfermeiro tem de si próprio e como mobiliza na relação com o outro; saber estético ou arte de enfermagem, mobilizado enquanto relação com o outro e que se traduz em momentos criativos pela unicidade e singularidade das situações.

Apesar da enfermagem nem sempre ter sido considerada uma disciplina e uma profissão da saúde, nas últimas décadas a teorização em enfermagem tem assumido destaque. O desenvolvimento de várias teorias em enfermagem contribuiu para a valorização e crescimento da profissão. Uma vez que, através do "...desenvolvimento de um corpo substancial de conhecimento (...) orienta-se a prática da enfermagem." (Tomey & Alligood, 2005, p.3).

Uma teoria é uma representação simbólica descoberta ou inventada de aspetos da realidade que, utilizando um conjunto de afirmações significativas para uma disciplina de forma organizada, coerente e sistemática; tem como objetivo compreender, descrever, explicar, prever ou prescrever. (Apóstolo & Gameiro, 2005)

Segundo Fortin (1999) "A teoria serve para orientar a investigação propondo conhecimentos geralmente estabelecidos, os quais fornecem uma perspectiva da forma de abordar um problema de investigação. (...) As teorias servem para três fins: 1) elaborar preposições de investigação, 2) explicar observações ou prever resultados e 3) dar significado aos resultados de investigação e torna-los generalizáveis." (p.90).

A adoção de uma teoria de enfermagem é essencial para que o profissional de enfermagem mobilize conhecimentos teóricos para a sua prática com maior capacidade de análise das situações com as quais se depara no seu dia-a-dia. Figueiredo (2007) afirma que "Embora não seja consensual qual o modelo que trará mais benefícios para a prática de cuidados, parece consensual

que a adoção de um modelo de enfermagem é benéfico para quem presta cuidados e para quem os recebe.” (p.57).

Para o desenvolvimento do PIS, PAC e do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios que realizamos adotamos o Modelo Teórico da Qualidade de June Larrabee.

June Larrabee licenciou-se na Medical College of Georgia, obteve o grau de Mestre pela Boston University School of Nursing e Doutorou-se pela University of Tennessee, Memphis, College of Nursing.

Na sua prática clínica envolveu-se nas questões da melhoria da qualidade em meio hospitalar, exercendo a profissão como Enfermeira de cuidados gerais, Enfermeira especialista, Enfermeira responsável pela gestão da qualidade, diretora do departamento da qualidade e membro do corpo docente. As suas áreas clínicas de interesse foram a médico-cirúrgica e a prática baseada na evidência, focando-se na temática da qualidade dos cuidados de saúde. Nesta temática explorou os seguintes subtemas: melhoria da qualidade, a influência da qualidade dos cuidados nos resultados do cliente, percepção dos cuidados por parte dos clientes e a influência do contexto de prestação de cuidados nos resultados da organização.

Durante treze anos acumulou funções enquanto docente, lecionando nos vários níveis académicos, na West Virginia University, e enquanto investigadora na West Virginia University Hospitals in Morgantown. Foi júri em inúmeras teses de mestrados e dissertações de doutoramento. Devido à sua experiência em orientar equipas de Enfermagem na prestação de cuidados através de mudanças na prática com base na evidência, Larrabee foi recrutada para escrever um livro sobre como proceder neste âmbito - “Nurse to Nurse: Evidence-Based Practice”. Ao longo de todo o seu percurso profissional realizou mais de quarenta e cinco publicações.

Nos últimos anos de exercício profissional tinha direcionado a sua investigação para as áreas da satisfação no trabalho e a relação entre a fadiga dos Enfermeiros e a segurança dos clientes. Reformou-se em Julho de 2011.

O Modelo Teórico da Qualidade de Larrabee tem por base a compreensão mundial da estrutura da qualidade dos cuidados de saúde. Segundo Lynn, McMillen & Sidani (2007) a qualidade assume uma importância inquestionável sendo um direito dos clientes e uma responsabilidade de todos os Enfermeiros. É definida como a presença de atributos socialmente aceites dentro da experiência

holística multifacetada de ser e fazer. (Boldreghini & Larrabee, 1998) Este modelo centra-se no bem-estar dos clientes e percepções de como os cuidados são prestados, incluindo como as decisões são realizadas utilizando os recursos pessoais. (William, 2012)

No seu modelo, Larrabee (1996) considera os clientes e os seus familiares/prestadores de cuidados parceiros provedores na definição, na avaliação e obtenção da qualidade nos cuidados de saúde.

No Modelo Teórico de Qualidade Larrabee & Bolden (2001) definem conceitos éticos e económicos tais como: valor, beneficência, prudência e justiça. Estando a qualidade, o valor e a beneficência relacionados.

A Qualidade não pode ser medida diretamente, tornando-se necessário avaliar através das percepções ou pelo cumprimento de um conjunto pré-estabelecido de padrões ou critérios, ou seja, percebida pelo cliente e pelo enfermeiro.

O Valor é aplicado para atingir os objetivos do cliente (na medida em que percebem que as suas metas estão a ser alcançadas) e os objetivos do enfermeiro (na medida em que as suas metas para o cliente forem atingidas). (Rosswurn & Larrabee, 1999.)

A Beneficência é promotora da qualidade dos cuidados, uma vez que os prestadores de cuidados são reconhecidos como parceiros com o objetivo comum de fazer o bem e providenciar a segurança e a qualidade dos cuidados. A beneficência, fazer ou produzir o bem, pode ser melhorada pelos prestadores de cuidados, se os instrumentos que usarem forem fáceis de utilizar e permitam a orientação dos utilizadores. (Larrabee & Bolden, 2001)

Para Boldreghini & Larrabee (1998) os resultados esperados na área da saúde são metas para o bem-estar das pessoas e, portanto, potencialmente benéficos. As intervenções implementadas na área da saúde são definidas de forma a atingir objetivos. Desta forma, constituem indicadores de qualidade.

De acordo com Larrabee & Bolden (2001) a percepção da qualidade dos cuidados pelo cliente, ou seja, a satisfação, é encarada como um componente fundamental indicador de qualidade. Nesta perspetiva, realizaram um estudo qualitativo descritivo que lhes permitiu identificar as dimensões da qualidade dos cuidados de Enfermagem na perspetiva do cliente e concluíram que os prestadores de cuidados e administradores das instituições de saúde devem procurar utilizar dados qualitativos

referentes à população a quem prestam cuidados. Desta forma, torna-se possível compreender a sua definição de cuidados de Enfermagem de qualidade, nomeadamente quando selecionam um instrumento quer para avaliar a satisfação do cliente, quer para interpretar dados e implementar medidas de melhoria da qualidade dos cuidados.

Numa outra perspetiva da abordagem da qualidade, Rosswurn & Larrabee (1999) desenvolveram um modelo para a mudança através da prática baseada na evidência: Modelo da Prática Baseada na Evidência.

Os tremendos aumentos na investigação clínica e acessibilidade aos resultados da investigação prepararam o caminho para a mudança de paradigma da prática tradicional e intuíram o impulsionamento de provas com base na prática. No entanto, apesar de vários modelos terem surgido para orientar os profissionais em pesquisa, os profissionais continuam a ter dificuldade em sintetizar empiria e contextualmente provas e integrar as mudanças baseadas na prática baseada na evidência. (Rosswurn & Larrebee, 1999)

Este modelo é baseado na literatura teórica e pesquisa relacionada com a prática baseada em evidência, utilização da pesquisa, linguagem padronizada, e mudança teórica. Neste modelo, os profissionais são guiados através de todo o processo de desenvolvimento e integração de uma mudança da prática baseada em evidência. O modelo suporta mudanças de práticas baseadas em evidências que derivam de uma combinação de dados quantitativos e qualitativos, experiência clínica e evidência contextual. (Rosswurn & Larrebee, 1999)

As autoras consideram que a prática baseada na evidência promove a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e o juízo clínico. Os profissionais devem saber como obter, interpretar e integrar a melhor evidência de pesquisa disponível com os dados do cliente e observações clínicas. As autoras defendem ainda que o aumento no desenvolvimento da investigação clínica e a acessibilidade aos resultados das investigações clínicas permitiram preparar caminho para a mudança do paradigma da prática tradicional e baseada na intuição, para uma prática assente na evidência.

Segundo alguns autores, em cuidados de saúde os profissionais não podem depender exclusivamente da experiência clínica, raciocínio fisiopatológico e de processos baseados em opinião (*opinion-based processes*). Os profissionais devem aprender a realizar pesquisas

científicas, a avaliar criticamente os resultados da investigação e efetuar sínteses. Os profissionais de saúde necessitam de questionar continuamente as suas práticas e tentar encontrar alternativas melhores. Competências na área do pensamento crítico e métodos baseados na evidência para a tomada de decisão clínica são essenciais para promover a qualidade e o custo benefício dos cuidados de saúde. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

A President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry (1988, cit. por Rosswurn & Larrabee, 1999) refere que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde implica uma prestação de cuidados baseada em provas científicas sólidas e em contínua evolução, práticas de saúde efetivas e abordagens preventivas.

A Prática Baseada na Evidência resulta da integração da experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de uma pesquisa sistemática. A combinação entre pesquisa clínica relevante, experiência clínica e a preferência do cliente produz a melhor evidência para garantir um cuidado individualizado. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

O modelo que Rosswurn & Larrabee (1999) considera então que, para uma mudança na prática clínica com base na evidência, é necessário cumprir as seguintes etapas:

Etapas 1: Avaliar a necessidade de mudança na prática;

Etapas 2: Relacionar o problema com intervenções e resultados;

Etapas 3: Sintetizar a melhor evidência;

Etapas 4: Projetar uma mudança na prática;

Etapas 5: Implementar e avaliar a mudança na prática;

Etapas 6: Integrar e manter a mudança na prática.

Avaliar a Necessidade de Mudança na Prática: O interesse dos profissionais numa potencial mudança na prática pode ser estimulado pela consciência das preferências e insatisfação do cliente, da melhoria dos dados da qualidade, inquéritos aos profissionais, evolução dos dados, ou novos dados da investigação. Nesta etapa, os profissionais coletam dados internos que comparam com dados externos. Quando os dados indicam um problema com um aspeto da prática, os profissionais podem montar uma equipe interessada a participar na discussão e com mais clareza

identificarem o problema. Os profissionais devem analisar a situação utilizando dados sobre a melhoria da qualidade e gestão de risco, dados das pesquisas de desempenho do pessoal, das pesquisas de satisfação do cliente, dos recursos disponíveis e das prioridades estratégicas. Depois de analisar os dados, os profissionais avaliam a necessidade de mudança na prática através da comparação de dados internos com dados externos em bancos de dados de *benchmarking*³. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Comparação de dados internos e externos podem fundamentar a prática corrente ou apoiar a necessidade de uma mudança na prática. Se os dados são insuficientes, pode ser necessário a recolha de dados internos adicionais para identificar o problema. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Relacionar o Problema com Intervenções e Resultados: Os profissionais precisam definir o problema utilizando uma linguagem padronizada e, em seguida, ligar o problema com a classificação das intervenções e resultados. Os sistemas de classificação ajudam a definir os conceitos de uma ciência e organizar o conhecimento. Eles também facilitam a comunicação entre os profissionais, estabelecem normas para a determinação da eficácia e custo dos cuidados, e identificam os recursos necessários. Os resultados dos pacientes muitas vezes estão ligados a episódios de intervenções médicas, apesar de vários profissionais prestarem cuidados de saúde na base de uma prestação de cuidados continuados. Para verificar responsabilidades específicas para a relação custo-eficácia e qualidade dos cuidados, são necessárias as medições longitudinais de várias disciplinas (Rosswurn & Larrabee, 1999).

Sintetizar a Melhor Evidência: Nesta etapa as intervenções e resultados selecionados são refinados. A melhor evidência de pesquisa é sintetizada e combinada com o julgamento clínico e dados contextuais. O problema, possíveis intervenções e os resultados desejados tornam-se as principais variáveis para a revisão da literatura de pesquisa. Na avaliação crítica da literatura, os profissionais avaliam os pontos fortes e fracos dos estudos e identificam lacunas e conflitos na informação disponível. A utilização de uma folha de trabalho para a crítica estruturada facilita o registo dos principais componentes de cada crítica e organiza a informação para a síntese da evidência. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

O propósito da síntese dos estudos de investigação é determinar se a força das provas suporta uma mudança na prática. Os resultados dos estudos podem ser reunidos apenas se os estudos forem

³ Benchmark: termo Inglês para designar um padrão ou ponto de referência contra o qual as coisas podem ser comparadas ou avaliadas.

semelhantes na sua estrutura. Na ausência de uma forte evidência, os profissionais precisam pesar os benefícios em relação aos fatores de risco. Eles também precisam considerar a possibilidade de implementar as conclusões no seu próprio ambiente da prática. A síntese apenas reúne as provas existentes. Não pode criar novos elementos de prova ou conhecimento. Assim, se a maioria das provas é fraca, pesquisas adicionais podem ser necessárias antes de tomar decisões para mudar a prática ou políticas. Se a síntese da pesquisa indica evidências de pesquisa suficiente para apoiar uma mudança na prática, com benefícios desejáveis e riscos mínimos, os profissionais podem prosseguir na concepção da mudança. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Projetar uma Mudança na Prática: Depois de sintetizar a melhor evidência, os profissionais descrevem as variáveis de processo ou sequência detalhada das atividades de atendimento para a mudança na prática, geralmente no formato *standard*⁴ de um protocolo ou procedimento. O ambiente da prática, os seus recursos, e as reações dos interessados são considerações essenciais na concepção de uma mudança. Diminuindo a complexidade do protocolo aumenta a probabilidade da sua aceitação. Somente atividades abordadas na base de evidências estão incluídas no protocolo e este apenas se destina a orientar o cuidado para populações semelhantes às da base de evidências. A base de evidência é usado para orientar os profissionais a identificar os resultados esperados e quanto mais relevantes para a organização, mais provável é serem aceites na prática. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Se a mudança na prática afeta um padrão de atendimento de um hospital de grande porte, a aplicação de um teste piloto de demonstração da mudança em uma ou duas unidades é aconselhada. O teste piloto permite aos praticantes influenciar a adaptação da mudança para atender às suas necessidades e contribui para uma integração mais suave da mudança. O plano para o teste piloto traça componentes estruturais necessários para a implementação, ou seja, equipamentos, formas de documentação, recursos humanos, outros recursos e custos associados. Também inclui o tempo e a delegação de atividades específicas para a obtenção das aprovações das instituições, a preparação dos locais de teste e avaliação dos resultados. Para a avaliação o teste piloto inclui um estudo de melhoria da qualidade, com indicadores e inquéritos de satisfação do pessoal e respostas dos clientes sobre o processo para a mudança na prática e os resultados. Alguns indicadores serão idênticos aos dados já existentes o que permite comparações nos períodos pré e pós de implementação. Os indicadores referem-se a atividades especificadas no

⁴ *Standard*: termo Inglês para designar algo usado ou aceite como normal ou média. Padrão.

protocolo, os recursos necessários para seguir o protocolo, os resultados antecipados dos clientes, e os custos associados. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Implementar e Avaliar a Mudança na Prática: A implementação do estudo piloto será mais bem-sucedida se o coordenador acompanhar de perto o processo e estiver disponível para responder a perguntas do pessoal das unidades. Após o protocolo ter sido usado durante o tempo designado, devem ser realizadas pesquisas com clientes e funcionários do estudo. Em seguida, os dados são analisados e apresentados graficamente para facilitar a sua interpretação. Após a análise, os profissionais interpretam os resultados, e decidem se houve diferenças nos indicadores antes e depois do estudo piloto. Ao considerar os resultados, os profissionais devem-se lembrar de que os resultados da intervenção podem ser afetados por inúmeros fatores, como características dos clientes, dos funcionários, e a definição das características da relação interpessoal dos cuidados. Endosso do respeito pelos colegas é essencial para o sucesso da implementação da mudança na prática (Rosswurn & Larrabee, 1999).

A decisão de se adaptar, adotar ou rejeitar a alteração é baseada no *feedback*⁵ dos funcionários nas unidades-piloto, gerentes e coordenadores do processo, dados da qualidade e de pesquisa, dados de custos, e recomendações dos *stakeholders*⁶. Viabilidade, benefícios e riscos são considerados na avaliação dos dados. Opiniões pessoais da alteração implementada podem fornecer informações sobre a aceitabilidade ou a necessidade de modificações. Dados de qualidade e de custo indicam se houve melhores resultados no atendimento a um custo razoável para o sistema. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Integrar e Manter a Mudança na Prática: Se os resultados do estudo-piloto promoverem a integração da nova prática em padrões de atendimento, são iniciadas estratégias de mudança. Mesmo a menor mudança tem um efeito dominó e as pessoas afetadas pela mudança, muitas vezes percebem-na como algo perturbador. Os profissionais que são agentes de mudança precisam considerar o clima cultural da organização, na tentativa de integrar inovações práticas. A mudança é mais provável de ser aceita quando as pessoas participam no processo de mudança. Os resultados do estudo piloto aumentam a confiança das partes interessadas na eficácia da mudança e na viabilidade de fazer a mudança no seu ambiente. Administradores e profissionais preferem o

⁵ *Feedback*: termo Inglês para designar informações sobre reações a um produto, o desempenho de uma pessoa de uma tarefa, etc., utilizado como base para a melhoria.

⁶ *Stakeholders*: termo Inglês para designar uma pessoa com um interesse ou preocupação em alguma coisa, especialmente um negócio.

suporte de resumos concisos das recomendações e dos benefícios esperados. A comunicação contínua com as partes interessadas é vital para a aceitação da mudança. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Líderes informais precisam participar do processo de difusão; a educação continuada e educação em serviço da equipe facilitam as mudanças no comportamento dos profissionais e reforçam a implementação da nova prática baseada em evidências. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Manutenção da mudança é assegurada pelos profissionais com os recursos necessários para implementarem a mudança, através da monitorização do processo e dos resultados, e ao premiar o desempenho de qualidade com incentivos (Rosswurn & Larrabee, 1999).

De acordo com as autoras, este modelo tem aplicabilidade para os profissionais que objetivem mudanças na prática com base na evidência, nos diversos contextos clínicos. No entanto, os profissionais precisam de tempo e apoio para aceder aos bancos de dados e sintetizar a melhor evidência para fazer mudanças na prática. Os administradores devem fornecer as infraestruturas para desenvolver e difundir a prática baseada em evidências por toda a organização. A colaboração entre pesquisadores e profissionais dentro e entre as disciplinas devera aumentar a difusão de inovações práticas. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Consideramos que o **Modelo Teórico da Qualidade de June Larrabee** pode servir de suporte para o projeto em desenvolvimento - **Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na prevenção da infecção**, porque a problemática da prevenção e controle da infecção enquadra-se na temática da qualidade, sendo um forte indicador da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Comissões científicas internacionais recomendam aos seus estados membros a avaliação da cultura de segurança com o objetivo de introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadores de cuidados de saúde para que se obtenham melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados de saúde. (DGS, 2009)

Cuidar é definido por Hesbeen (2000) como a arte do profissional que ao combinar o conhecimento, a destreza, o saber-ser e a intuição presta ajuda a alguém em determinada situação. Para o mesmo autor, cuidados de enfermagem "...são a atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua

natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado.” (Hesbeen, 2000, p.69).

No que concerne à qualidade dos cuidados que prestamos, Hesbeen (2001) considera que exige uma prática dirigida ao cuidar e que esta deve representar “...um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida.” (p.42). Sendo assim, para um cuidar de qualidade têm que estar presentes nos profissionais prestadores de cuidados os seguintes elementos fundamentais: o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade, a criatividade, os conhecimentos científicos e as competências técnicas. (Hesbeen, 2001)

Qualidade para Giraud (1994, cit. por Hesbeen, 2001) representa um termo “...vago, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço, e também, segundo as pessoas e os pontos de vista...” (p.47). Sendo assim, quando utilizamos o termo qualidade devemos definir o significado que lhe atribuímos: “...qualidade para quem, definida por quem, destinada a quê e qual a qualidade em questão.” (Hesbeen, 2001, p. 48).

O que significa então a qualidade? Para Hesbeen (2001) qualidade dos cuidados é o que “...faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados.” (p.52).

André & Rosa (1997) definem cuidados de saúde de qualidade como aqueles que maximizam a satisfação dos intervenientes durante todo o processo de cuidados. A satisfação como indicador de qualidade aparece no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foram definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (OE), após a descrição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de melhorar os

cuidados de enfermagem especializados prestados aos cidadãos e permitir uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas nesta área de especialização. (OE, 2011) Tendo em conta o enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e cuidados de Enfermagem foram estabelecidas 7 categorias de enunciados descritivos, são eles: **a satisfação do cliente**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”; **a promoção da saúde**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”; **a prevenção de complicações**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”; **o bem-estar e o autocuidado**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.”; **a readaptação funcional**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.”; **a organização dos cuidados especializados**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.”; e **a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados**, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção.” (OE, 2011, pp.4-7).

No que se refere à categoria Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados estão destacadas 4 estratégias essenciais para a prevenção e controlo da infeção: 1) participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica; 2) participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade; 3) liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; 4) capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica. (OE, 2011)

O desenvolvimento da medicina e o prolongamento da idade média de vida são conquistas que, inevitavelmente, têm consequências. Os indivíduos vivem mais tempo, com maior probabilidade de desenvolverem uma doença ou de sofrerem um internamento o que os irá expor a riscos de complicações, como a infeção.

Segundo a DGS, a infeção é uma complicação frequente dos cuidados de saúde, com grande impacto no cliente e nos serviços de saúde. Esta complicação é evitável com a adoção de precauções básicas e com o cumprimento de procedimentos simples mas bastante eficazes, como a higienização das mãos. (DGS, 2010)

Em Portugal, as instituições prestadoras de cuidados têm vários programas de qualidade e segurança do cliente onde o enfermeiro assume uma posição de destaque quer pela proximidade em relação ao cliente como pelos conhecimentos que possui sobre as temáticas mais urgentes. Um exemplo é a Campanha Nacional de Higiene das Mãos inserida na proposta da *World Alliance for Patient Safety* no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*”. (DGS, 2010)

A preocupação com a higiene na prestação de cuidados remonta ao séc. XIX. Em 1844 a enfermeira Britânica Florence Nightingale defendia acerrimamente a melhoria das condições de higiene nos tratamentos médicos, e durante a Guerra da Crimeia lidera uma equipa de enfermeiras que otimizam as condições sanitárias dos hospitais militares. Em 1847, o médico Húngaro Ignaz Semmelweis publicou os resultados alcançados com a aplicação da medida profilática de lavagem das mãos com solução cloretada para prevenção da mortalidade por febre puerperal em parturientes. As suas descobertas apenas tiveram aceitação no meio médico quando Louis Pasteur confirmou a teoria dos germes. (WHO, 2009)

Em 2002, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) definiu um protocolo para a higienização das mãos designado por “*Hand Hygiene in Health Care Settings*” apartir da revisão de estudos realizados sobre higienização das mãos desde 1985. Este protocolo forneceu aos profissionais recomendações gerais sobre as práticas de higienização das mãos, recomendações específicas para a promoção da melhoria dessas práticas e redução da transmissão cruzada de microrganismos.

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e eficazes na redução das IACS. Designamos por IACS as infeções adquiridas durante a hospitalização e que não estavam presentes no

momento da admissão do cliente na instituição de saúde. As IACS "...são as complicações mais comuns nos doentes hospitalizados e afetam principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea." (DGS, 2009, p.1). Esta complicação é responsável pelo prolongamento hospitalar com os respetivos custos associados e pelo aumento da morbimortalidade.

Barreto, Rocha, Souza, Tipple, Suzuki & Bisinoto (2009) consideram que nas IACS "A prevenção/controle requer medidas técnicas e comportamentais, refletindo na qualidade à saúde, e consequente redução de esforços, problemas, complicações e recursos" (p.335).

A DGS (2007) considera as IACS como "...um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde." (p.7).

Segundo a DGS, na europa os estudos relatam uma prevalência de 5% a 10% de infeções em clientes hospitalizados, estimando-se 3 milhões de casos identificados anualmente com 50.000 mortes consequentes. Em 2008 os dados das IACS na Europa determinavam que 4 milhões de pessoas por ano sofriam uma IACS o que originava 16 milhões de dias extra de internamento, 37.000 mortes por ano e um impacto económico anual estimado em 5,5 biliões de euros. Em Portugal determinou-se a taxa das IACS através de estudos de prevalência que em 2003 era de 8,4% e em 2010 de 11,7%, assistindo-se a um aumento de 3,1%. (DGS, 2010)

Um dos maiores riscos para o cliente submetido a uma intervenção cirúrgica é a infeção da ferida operatória e o doente submetido a uma intervenção cirúrgica ortopédica tem fatores de risco acrescidos pelo fato da colocação, em tecido ósseo, de material de implante ser frequente. Os fatores que contribuem para o aparecimento de uma infeção podem estar relacionados com o cliente e a própria cirurgia, a preparação pré-operatória e fatores intra e pós operatórios. (Instituto Ricardo Jorge, 2004) Para Barreto, Rocha, Souza, Tipple, Suzuki, & Bisinoto (2009) "A sala de recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é o local onde o paciente em POI deve permanecer sob observação e cuidados até que haja a recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais e prevenção das intercorrências advindas do ato anestésico-cirúrgico. A alta rotatividade de pacientes, as diferentes intervenções cirúrgicas com graus de contaminação distintos e a possibilidade de isolamento de patógenos associados à assistência à saúde também em pele

integra torna a higiene das mãos uma medida imprescindível para garantir a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes.” (p.335).

Segundo o exposto no Plano Nacional de Controlo de Infeção da DGS (2010) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde.” (p.79)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através da *world Alliance for Patient Safety* no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*” tem produzido orientações e estratégias para o aumento da adesão dos profissionais à higienização das mãos. Este desafio foi lançado em 2005 e tem como objetivo principal “...reduzir a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros...” (DGS, 2010, p.5).

Portugal aderiu a esta campanha em 8 de Outubro de 2008 e à sua estratégia multimodal proposta pela OMS que engloba cinco componentes fundamentais: **mudança no sistema** (envolve a garantia de infraestruturas adequadas que permitam aos profissionais de saúde a execução da prática de higienização das mãos); **formação/educação** (é oferecida a toda a equipe envolvida no processo de cuidados aos clientes e é programada formação a curto, médio e longo prazo); **observação e informação de retorno** (é realizada monitorização das práticas de higienização das mãos e das infraestruturas e a equipa é informada sobre o seu desempenho); **lembretes nos locais de trabalho** (cartazes e lembretes relacionados com a importância da higienização das mãos são colocados nos locais onde os profissionais de saúde transitam) e **cultura institucional de segurança** (desenvolvimento de uma cultura que torne consciente as questões da segurança dos clientes e que garanta a melhoria da higienização das mãos como principal prioridade em todos os níveis). Para a criação de uma cultura institucional de segurança é necessário a ativa participação da organização e dos indivíduos, uma consciência organizacional e individual da capacidade de mudar e melhorar, e o estabelecer de uma parceria com os clientes. (DGS, 2010)

À DGS cabe a coordenação nacional da Campanha de Higienização das Mãos, que assegura o apoio às atividades desenvolvidas pelas Administrações Regionais de Saúde: disponibilizando a plataforma informática que permite o registo da informação, a análise e a informação de retorno aos profissionais; facultando os materiais formativos, informativos e promocionais; realizando reuniões

esporádicas para acompanhamento e apoio nas atividades desenvolvidas; e proporcionando apoio telefônico e por correio eletrônico sempre que solicitado para ajuda no esclarecimento de dúvidas.

A nível local, são nomeados coordenadores locais das novas unidades aderentes que, por sua vez, nomeiam um grupo de profissionais para operacionalizar a campanha localmente.

Foram definidos conceitos relacionados com a higienização das mãos, tais como:

- **Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA):** preparação de base alcoólica desenvolvida para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos.
- **Sabão:** detergente sem agentes antimicrobianos.
- **Sabão antimicrobiano:** detergente que contém um agente antisséptico numa concentração suficiente para inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos.
- **Flora residente:** é constituída por microrganismos que se podem multiplicar nas camadas mais profundas da pele protegendo-a da invasão de outras espécies prejudiciais.
- **Flora transitória:** é constituída por microrganismos que não se multiplicam na pele, mas que em consequência do contato contaminam-na e são facilmente transmitidos para outras pessoas.
- **Microrganismos presentes na pele dos clientes ou no ambiente inanimado:** microrganismos associados à prestação de cuidados e que podem ser encontrados na pele íntegra e nas feridas do cliente, tal como nas superfícies que o rodeiam (cama, lavatório e outro mobiliário).
- **Transmissão de agentes patogénicos através das mãos:** contaminação através das mãos de agentes patogénicos do profissional e ambiente para o cliente, de uma parte do corpo para outra no mesmo cliente, ou deste para o profissional de saúde e para o ambiente.
- **Local de prestação de cuidados:** local em que estão presentes em simultâneo o cliente e o seu ambiente envolvente, o profissional de saúde e o cuidado ou tratamento inerente a cada contato ou cada ação junto do cliente.
- **Higiene das mãos:** a higienização das mãos pode ser realizada de acordo com três procedimentos: a lavagem das mãos com água e sabão durante 40 a 60 segundo; a fricção, com SABA durante 20

a 30 segundos; e a preparação pré-cirúrgica das mãos. A DGS preconiza que a higiene das mãos deve ser feita friccionando-as com SABA sempre que este produto esteja disponível, uma vez que, é mais rápido, mais eficaz e mais inócuo para as mãos dos profissionais. A lavagem com sabão e água deve ser feita apenas se as mãos estiverem visivelmente sujas e quando não está disponível a SABA.

Estes procedimentos devem ser realizados segundo o modelo conceitual dos “**Cinco Momentos**” que determina as indicações/tempos para a higienização das mãos. A DGS (2010) estabelece como os “Cinco Momentos” para a higiene das mãos na prática clínica os seguintes: 1) Antes do contacto com o Cliente; 2) Antes de procedimentos limpos/assépticos; 3) Após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4) Após contato com o Cliente e 5) Após contato com o ambiente envolvente de cliente (p.3).

1) Antes do contacto com o cliente: Higienizar as mãos antes de tocar num cliente enquanto se aproxima dele para proteger o cliente dos microrganismos transportados pelas nossas mãos.

2) Antes de procedimentos limpos/assépticos: Higienizar as mãos antes de qualquer procedimento envolvendo o contato direto ou indireto com mucosas, pele com soluções de continuidade, dispositivos médicos invasivos ou equipamentos para proteger o cliente de microrganismos transportados pelas nossas mãos e dos da sua própria flora.

3) Após risco de exposição a fluidos orgânicos: Higienizar as mãos após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente do uso ou não das luvas para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do cliente.

4) Após contato com o cliente: Higienizar as mãos imediatamente após ter contato com um cliente enquanto deixa o ambiente envolvente do mesmo para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do cliente.

5) Após contato com o ambiente envolvente de cliente: Higienizar as mãos quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do cliente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas (mesmo sem ter tocado no cliente) para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do cliente.

Este procedimento está exposto na Circular Normativa da DGS N.º13 de 14 de Junho de 2010 – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde**. Esta norma é dirigida a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde e determina que “Os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela Organização mundial de saúde (OMS), designado por os “Cinco Momentos” (...) Os profissionais da saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do Órgão de Gestão da Unidade de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.” (DGS, 2010, p.1).

De acordo com as orientações da OMS, o procedimento da DGS enumera um conjunto de princípios fundamentais para promover uma adequada prática da higiene das mãos. São eles:

- Os profissionais de saúde devem realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde; utilizar adequadamente os produtos disponíveis; cumprir a técnica da higiene das mãos adequada ao procedimento; colaborar com o responsável pelo controlo de infeção e proceder ao ensino ao cliente, visitas, voluntários e fornecedores sobre a higiene das mãos;
- A SABA deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos;
- A lavagem das mãos com água e sabão fica restrita às situações em que os profissionais têm as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica; antes e após as refeições e após a utilização das instalações sanitárias; ao chegar e sair do local de trabalho; e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*;
- Os órgãos de gestão devem atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos; promover a monitorização da adesão; divulgar regularmente a informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais; disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos; fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados; fornecer sabão adequado e creme hidratante (diminuir a incidência de dermatites de contato associadas à higiene das mãos); e fornecer produtos alternativos para a higiene das mãos para os profissionais com intolerância aos produtos utilizados na instituição;
- Devem ser designados profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais da prática de higiene das mãos:

- A formação dos profissionais deve focar especificamente os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a higiene das mãos; considerar o tipo de atividades desenvolvidas; demonstrar as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos utilizados para a higiene das mãos;
- Aplicar nas ações de formação métodos que exemplifiquem a eficácia inequívoca da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos (luz ultravioleta, etc);
- Motivar os profissionais para a higiene das mãos através de estratégias multi-modulares e multi-facetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas;
- Incluir na formação os cuidados a ter para reduzir o risco de dermatites de contato ou outros tipos de lesões da pele. (DGS, 2010)

Na circular normativa são estipuladas 3 técnicas de higienização das mãos: lavagem, fricção antisséptica e preparação pré-cirúrgica das mãos.

Lavagem: implica a higiene das mãos com água e sabão durante 60 segundos e aplica-se a situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após a prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após utilizar as instalações sanitárias.

Fricção antisséptica: durante 15 a 30 segundos o profissional utiliza um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos. Esta técnica é adequada para antes de procedimentos limpos/assépticos e para a maioria dos procedimentos realizados na prestação de cuidados.

Preparação pré-cirúrgica das mãos: procedimento normalmente realizado pela equipa cirúrgica no bloco operatório para eliminar a flora transitória e reduzir significativamente a flora residente. Tem a duração de 2 a 3 minutos e deve ser utilizado um antisséptico com atividade microbiana de ação residual. (DGS, 2010)

Após a adesão à Campanha de Higienização das Mãos a 8 de Outubro de 2008 foram realizados, em 2009, dois períodos de observação (avaliação diagnóstica e de seguimento) para se perceber a taxa de adesão dos profissionais à higienização das mãos, e a partir de 2010 apenas se efetuará

uma observação anual (período de observação). Todas as atividades relacionadas com a formação, disponibilização de SABA e a colocação de pósteres são contínuas.

A partir de 2010, a formação dos profissionais envolvidos na campanha é realizada de forma contínua ou de acordo com o estipulado pelo cronograma de atividades anual e o período de observação da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos tem sido realizado entre Setembro e Dezembro. A introdução dos dados na plataforma informática é realizada no último trimestre do ano estendendo-se até Fevereiro do ano seguinte.

Segundo a DGS (2010) “A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.” (p.4). Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos (em 2009), foi de 46,2%, subindo para 68% após a implementação das campanhas. Neste sentido é importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção. (DGS, 2010)

A realização do procedimento de forma incorreta é considerada uma não adesão e desta forma estamos a privar o cliente dos cuidados seguros e de qualidade a que tem direito. A responsabilidade deste ato está expressa no regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiro (REPE) no seu artigo 4.º onde a enfermagem é definida como “...a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 1998).

Como profissão a Enfermagem é um conjunto de normas e valores próprios. A deontologia resulta de uma reflexão própria sobre a prática e não de algo imposto de fora. “Assim, a expressão ética profissional, pela associação a uma profissão, há-de ter formulados os princípios e valores dessa profissão, podendo surgir associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma *deontologia profissional*.” (Neves, 2011, p.40). A preocupação com a qualidade surge expressa no Artigo 88.º do Código Deontológico, onde está descrito que o enfermeiro tem o dever de procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício.

Foi baseado nestas premissas que desenvolvemos um PIS na área da Higienização das mãos que passaremos a desenvolver no capítulo que se segue.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO – PIS

Com o projeto “**Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção**”, a área de intervenção que pretendíamos desenvolver recaiu na Prevenção e Controlo da Infecção, especificamente na temática da Higienização das Mãos como uma precaução básica na prevenção da infecção. A escolha desta temática está relacionada com o fato de considerarmos que um tema desta relevância, com tantas evidências científicas e tão divulgado deveria implicar resultados de adesão mais satisfatórios.

Ponte (1998) define trabalho de projeto como um *modus operandi*, uma estratégia que implica um método de ação organizado segundo uma ordem lógica de procedimentos e operações interligadas.

Nos projetos desenvolvidos na área da saúde é muito importante “...realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.10).

Este projeto foi realizado respeitando as regras da Metodologia de Projeto. Segundo Ferrito (2010, cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) a Metodologia de Projeto “...baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.” (p.2). A utilização da Metodologia de Projeto na investigação como conjunto de técnicas para estudar um problema real permite prever, orientar e preparar o caminho a percorrer durante a realização do projeto. Este é um processo reflexivo que sustentado pela investigação (sistemática, controlada e participativa) propõe-se a identificar e resolver problemas através de ações práticas. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

A metodologia de projeto desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico de situação e definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados. Por este motivo optamos por descrever o nosso PIS de acordo com as etapas da metodologia de projeto.

2.1. Diagnóstico da Situação

O Diagnóstico da situação é a primeira etapa que encontramos na metodologia de projeto, “implica primeiramente, a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades, na qual é importante identificar os precursores dos problemas e as consequências dos mesmos.” (Tavares, 1990, cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.11).

Nesta etapa é importante elaborarmos uma “...análise do contexto social, económico e cultural onde se insere o problema, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança que aí se encontram.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.16). A etapa de Diagnóstico da Situação tem características sistémicas, interpretativas e prospetivas; e a sua elaboração deve exibir alguns aspetos: assentar na compreensão do carácter sistémico da realidade; envolver uma relação de casualidade linear numa primeira fase e ser mais integrado numa segunda fase; ser multidisciplinar; ser um instrumento de participação e de conscientização dos atores; ser um instrumento de pesquisa-ação; ser, por si só, intervenção como um instrumento de interação e de compreensão do real. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

Para a elaboração do diagnóstico da situação o investigador recorre a instrumentos de diagnóstico, tais como: entrevista, questionário e grelhas de observação. A situação também pode ser analisada utilizando métodos de análise em que os mais frequentes são a Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Analysis (SWOT), Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) e Stream Analysis.

Segundo Carvalho (1993, cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) o investigador escolhe o método considerando vários aspetos, tais como, “os objetivos e o tipo de informação a recolher, o momento em que a avaliação é feita, as competências dos próprios organizadores e utilizadores dos instrumentos, o tempo e as verbas disponíveis, a forma de tratar a informação que se venha recolher.” (p.13).

Passamos então a caracterizar o serviço onde será desenvolvido o projeto.

O CHG é constituído pelo Hospital X e pelo Hospital Y. Este CH tem como visão, oficial e pública, ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e

inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento. O CH pretende ainda diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o cliente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde. A sua missão consiste na promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos clientes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. (referência bibliográfica oculta para preservar o anonimato da instituição)

O Hospital Y é um hospital de vocação cirúrgica que está dependente de serviços de apoio sediados no Hospital X que se localiza a cerca de 10 Km de distância.

A área física do Bloco Operatório (BO) do Hospital Y é constituída por duas Salas de Operações, uma Sala de Indução e uma UCPA.

A multidisciplinaridade reflete-se na atividade dos diferentes grupos profissionais que aí prestam cuidados, incluindo Médicos Ortopedistas e Anestesiastas, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistente Administrativa e Assistentes Operacionais (AO).

Apesar da multiplicidade de grupos profissionais que prestam cuidados no BO/UCPA, este é provido de uma equipa multidisciplinar residente, da qual fazem parte atualmente, 22 Enfermeiros, 11 AO e 1 Assistente Administrativa.

Os elementos da equipa de enfermagem do BO desempenham funções em áreas distintas (Gestão, BO, Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e UCPA).

As atividades inerentes ao BO do Hospital Y abrangem as fases pré, intra e pós operatórias das patologias de foro ortotraumatológico assim como as do foro médico associadas. A equipa colabora em intervenções relacionadas com lesões do sistema músculo-esquelético e na correção de sequelas de diversas patologias inerentes a este foro. A Association of Operating Room Nurses (AORN, 2006) define os cuidados de Enfermagem no BO como, “O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do doente, põe em prática um plano de cuidados que coordena as ações do Enfermeiro, baseado no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e depois da intervenção cirúrgica.” (p.6).

As atividades inerentes à UCPA abrangem os cuidados prestados ao cliente na fase de pós-operatório imediato e recuperação anestésica das cirurgias relacionadas com as patologias de foro ortotraumatológico. A UCPA tem capacidade para quatro camas e duas macas. A equipa que constitui cada turno (dois turnos por dia) é formada por dois enfermeiros e uma AO.

No início do estágio, ao constatararmos que a área da higienização das mãos era uma área de muito interesse pela representatividade na segurança dos cuidados prestados aos clientes foi decidido que seria a temática a abordar. Posteriormente o tema foi proposto através de uma entrevista informal à Sr.^a Enf.^a Coordenadora, também orientadora de estágio que concordou com a importância de desenvolver um projeto nesta área. A entrevista informal, tal como descreve Vilelas (2009) “É a modalidade menos estruturada da entrevista, já que a mesma se reduz a uma simples conversa acerca do tema em estudo. O importante não é definir os limites nem cingir-se a algum esquema prévio, mas apenas incentivar o entrevistado a falar, de modo a obter um panorama dos problemas mais salientes, dos mecanismos lógicos e mentais do respondente, dos temas que para ele são importantes.” (p.281).

Para fundamentar a pertinência deste projeto consideramos importante, numa primeira fase, observar a prática diária dos prestadores de cuidados ao cliente internado na UCPA e, para tal, aplicamos um Formulário de observação da prática da higiene das mãos (elaborado como ferramenta de apoio à campanha Higiene das Mãos “Medidas Simples salvam Vidas” e adotado pela DGS) aos enfermeiros e AO que prestam cuidados ao cliente internado da UCPA (Anexo 1).

Optamos por recolher os dados da investigação através da observação, porque o que queríamos estudar era o comportamento das pessoas. Segundo Fortin (1999) “A observação directa visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc) a fim de extrair tipologias desta, ou ainda permitir identificar o sentido da situação social por meio da observação participante” (p.241).

Foram realizadas 4 sessões de observação (de 12 a 16 de Maio de 2014) e os dados obtidos, num total de 146 oportunidades, foram: 52,9% de adesão nos enfermeiros e 35,7% de adesão nos AO. Em relação ao tipo de indicação para higiene das mãos (tendo em consideração que neste caso apenas conseguimos obter uma ideia geral do comportamento do profissional face a cada tipo de indicação, uma vez que estes cálculos não refletem exatamente a adesão, porque o indicador da equação é o número de indicações ao invés de ser o número de oportunidades) os resultados

obtidos são: 20% antes do contato com o doente; 66,7% antes de um procedimento asséptico; 88,2% depois de risco de exposição a fluidos corporais; 66,7% depois do contato com o doente e 41,9% depois de contato com o ambiente envolvente do doente. Para a realização destas observações foi obtida a autorização à direção de enfermagem (Anexo 2) e, como forma de garantir o respeito pelas questões éticas, confidencialidade e anonimado, todos os profissionais observados assinaram um consentimento informado (Apêndice 1).

Com o objetivo de otimizar o projeto construímos uma análise de que consiste a SWOT (Apêndice 2) e que permitiu esclarecer aspetos relacionados com a implementação do projeto, definir estratégias eficazes explorando todas as oportunidades do ambiente, minimizar as ameaças e controlar os pontos fracos, para a concretização dos objetivos. Sendo assim, consideramos como pontos fortes a existência de elementos da equipa motivados e que reconhecem a importância da higienização das mãos, o apoio da coordenadora de enfermagem do serviço para a implementação do projeto; o apoio da diretora do BO para a implementação do projeto e o apoio da CCI da organização onde será desenvolvido o projeto. Os pontos fracos estão relacionados com o fato de existirem alguns elementos da equipa desmotivados e resistentes à mudança, com informação pouco atrativa e visível acerca da técnica da higienização das mãos e com a inexistência de SABA em algumas unidades de clientes. Identificamos como oportunidades a disponibilidade para a realização de formação nesta área e como ameaça o aumento de custos para a organização com a aquisição de suportes para o SABA.

Esta fase de diagnóstico sofreu atrasos porque houve a necessidade de coordenação com a CCI e com o elemento dinamizador no serviço (este processo envolveu períodos de férias dos elementos dificultando a comunicação) e porque apesar de as ferramentas de colheita de dados já existirem foi necessário o estudo de como aplica-las. Neste período também houve a necessidade de aguardar pela autorização do projeto por parte da direção.

Após todo este processo, consideramos ser detentoras da informação necessária para definir o seguinte problema: **“Pouca adesão à higienização das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.**”

A análise do problema identificado levou à definição dos seguintes problemas parcelares:

- Incumprimento da Circular Normativa N.º: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS.

- Falta de formação sobre a temática de higienização das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.

Perante os problemas definidos foram estabelecidas as seguintes prioridades:

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre os conceitos de infeção associada aos cuidados de saúde, higienização das mãos, modelo concetual dos “Cincos Momentos”, formação para profissionais de saúde;
- Realizar frequência de sessão formativa da Comissão de Controlo da Infeção sobre a campanha de higienização das mãos da DGS e sobre o Formulário de observação da prática da higiene das mãos (elaborado como ferramenta de apoio à campanha Higiene das Mãos “Medidas Simples salvam Vidas”);
- Formar a equipa de enfermagem e de AO sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”;
- Implementar no serviço documentos informativos sobre a higienização das mãos.

Considerando o exposto anteriormente delineamos o seguinte objetivo geral: **Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos.**

Por forma atingir o objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Formar a equipa de enfermagem e de AO sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”.
- Elaborar póster sobre a lavagem e desinfeção das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.

2.2. Planeamento do Projeto

O Planeamento é a segunda fase da Metodologia de Projeto. É o momento onde iremos planificar de forma detalhada as estratégias a desenvolver para que os objetivos delineados sejam atingidos. Para tal, é necessário fazer um plano sequencial das atividades e a sua calendarização através de um cronograma (Apêndice 3).

Nesta fase será feito o “...esboço do projecto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho (...) são, também definidas as actividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma,” (Polit, Beck & Hungler, 2001, cit. por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.20).

O cronograma do projeto representa a calendarização das atividades e está em constante elaboração ao longo do projeto. É um “...processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respectivas actividades a desenvolver durante o projeto. Partindo desta premissa é importante ter em conta que o desenvolvimento do cronograma pode impor a necessária revisão das estimativas de recursos e durações.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.20).

A escolha das atividades está relacionada com os objetivos traçados e é de salientar que podem ser consideradas várias possibilidades de intervenção (poster, protocolos, sessões de formação, sessões de *role-playing*). (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

Relativamente ao objetivo – **Formar a equipa de enfermagem e de AO sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”**. – foram planeadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os conceitos de infeção associada aos cuidados de saúde, higienização das mãos, modelo concetual dos “Cincos Momentos”, formação para profissionais de saúde;
- Realização de frequência de sessão formativa da CCI sobre a campanha de higienização das mãos da DGS e sobre o Formulário de observação da prática da higiene das mãos (adotado pela DGS como ferramenta de apoio à campanha Higiene das Mãos “Medidas Simples salvam Vidas”);

- Elaboração de um conjunto de slides para apresentação do projeto a desenvolver no serviço e exposição do modelo concetual dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos;
- Elaboração de guião para *sessões de role-playing* a realizar durante a acção de formação;
- Discussão da acção de formação com as enfermeiras orientadoras;
- Introdução de alterações se necessário;
- Elaboração do plano da sessão;
- Marcação da sessão;
- Divulgação da sessão através de um cartaz informativo exposto no placar das informações e na reunião semanal;
- Realização da sessão formativa;
- Avaliação da sessão;
- Construção de instrumentos informativos sobre a higienização das mãos (*screensaver* para o computador da UCPA e memórias de bolso com o modelo dos “Cinco Momentos” e a técnica de fricção das mãos com SABA);
- Discussão dos instrumentos com as enfermeiras orientadoras;
- Introdução de alterações se necessário;
- Implementação no serviço dos instrumentos informativos.

Os recursos projetados para a realização destas atividades foram:

Humanos - Enfermeiros e AO do serviço, orientador do serviço e docente orientador, a Enf.^a responsável pela CCI e a Enf.^a responsável pela formação em serviço.

Materiais - Material bibliográfico, material informático, material didáctico e formulários de observação da higienização das mãos.

Os **indicadores de avaliação** estabelecidos para este objetivo foram: o cartaz de divulgação da formação, os slides apresentados na formação, o plano da sessão formativa, a avaliação da sessão formativa (tratamento de dados), a obtenção de uma taxa de 90% de pessoas formadas, o *Screensaver* informativo para o computador da UCPA e as memórias de bolso com o modelo dos “Cinco Momentos” e a técnica de fricção das mãos com SABA.

Relativamente ao objetivo – **Elaborar póster sobre a lavagem e desinfecção das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”**. - foram planeadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os conceitos de infeção associada aos cuidados de saúde, higienização das mãos, modelo concetual dos “Cinco Momentos”, realização de pósteres científicos;
- Realização de estágio na CCI da instituição CHG;
- Elaboração de póster;
- Discussão do póster com a Enf.^a e a Prof.^a orientadoras;
- Introdução de alterações se necessário;
- Fixação do póster após autorização da Enf.^a Coordenadora do serviço.

Os recursos a utilizar para a realização destas atividades são:

Humanos - Enfermeiros e AO do serviço, orientador do serviço e docente orientador e a Enf.^a responsável pela CCI.

Materiais - Material bibliográfico, material informático e material didático.

O **indicador de avaliação** estabelecido para este objetivo é o póster.

Os constrangimentos equacionados foram:

- Dificuldade em concretizar todas as atividades de acordo com o cronograma. Que consideramos ultrapassável com a alteração o cronograma para que seja exequível.

- Pouca motivação da equipa de enfermagem e AO da UCPA para participar em novos projetos. Para contornar este eventual constrangimento pretendemos envolver a equipa no projeto ouvindo as suas sugestões.

Em relação aos recursos necessários para a execução das atividades planeadas, não foram previstos gastos suplementares a nível de recursos materiais e humanos. No entanto, para a realização das atividades propusemo-nos articular com a Enf.^a Orientadora TA, com a Prof.^a Orientadora EM, com a Enf.^a responsável pela formação em serviço, com a Enf.^a responsável pela CCI e elemento dinamizador do serviço para a área do Controlo da Infecção, e com a equipa de enfermagem e AO da UCPA.

2.3. Execução do Projeto

A etapa da execução corresponde à concretização de tudo o que foi planeado. Se surgirem contratempos na realização das atividades planeadas, estes devem ser estudados e mobilizadas medidas de recuperação para garantir a concretização dos objetivos delineados para o projeto. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

De seguida iremos descrever as atividades desenvolvidas cronologicamente e os recursos utilizados para cada objetivo delineado.

Para o objetivo - **Formar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”**.

A primeira atividade desenvolvida foi a realização de frequência a 3 de Junho de 2014 de sessão formativa da CCI sobre a campanha de higienização das mãos da DGS e sobre o Formulário de observação da prática da higiene das mãos (a convite da enfermeira responsável pela CCI); o que se revelou de extrema importância para nós, uma vez que, permitiu-nos a aquisição/atualização de conhecimentos e o esclarecimento de dúvidas.

Realizamos uma pesquisa bibliográfica baseada nos princípios de uma revisão sistemática da literatura (no período de Março de 2014 a Janeiro de 2015) sobre a temática da Higienização das Mãos e consultamos vários artigos e documentos normativos (institucionais e governamentais).

A 27 e 28 de Novembro participamos nas Segundas Jornadas de Enfermagem do CHG cuja mesa – Controlo de Infecção: Diferentes serviços os mesmos desafios, contribuiu para conhecer a realidade de outros serviços do CHG que ao mobilizarmos para a realidade da UCPA facilitou-nos no desenvolvimento das atividades planeadas para a concretização dos objetivos.

Elaboramos uma imagem alusiva à Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador da UCPA que foi aplicada em Dezembro de 2014 (Apêndice 4).

Foi projetado um momento formativo com prática de *role-playing* sobre a temática da higienização das mãos e elaborados slides (Apêndice 5) com os conteúdos programados e guião de cenas de *role-playing* (Apêndice 6), memórias de bolso para fornecer aos profissionais (Apêndice 7), plano da sessão (Apêndice 8) e cartaz informativo (Apêndice 9).

Em Janeiro de 2015 foi divulgado à equipa (com uma semana de antecedência) através de cartaz informativo colocado no placar da sala de pausa o momento formativo a realizar com o tema “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção”. No dia 22 de janeiro realizamos o momento formativo, onde foram apresentados o conjunto de slides sobre os temas planeados e realizamos sessões de *role-playing*. Também, foram fornecidas memórias de bolso sobre a Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” e a técnica de fricção das mãos com SABA.

A realização das atividades delineadas neste objetivo determinaram a necessidade da realização de reuniões com a enfermeira coordenadora para calendarizar a formação sem prejudicar o funcionamento do serviço e plano de formação do ano em vigor, e para a obtenção de autorização para a implementação dos instrumentos informativos. Todas as atividades planeadas foram à aprovação das enfermeiras orientadoras e sempre que foi necessário foram feitas as alterações sugeridas.

Para o objetivo - **Elaborar póster sobre a lavagem e desinfecção das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”**.

Realizamos pesquisa bibliográfica de Março a Dezembro de 2014 consultando sites oficiais da DGS sobre os conceitos em estudo (IACS, higienização das mãos, modelo concetual dos “Cinco Momentos”, e manuais sobre como realizar pósteres científicos.

Nos dias 6 e 7 de Outubro de 2014, realizamos um estágio de observação na CCI que permitiu-nos conhecer o funcionamento da CCI do CHG, conhecer as funções da enfermeira da CCI, conhecer a campanha da DGS “Mãos Limpas Salvam Vidas” implementada em 2008, recolher material de apoio ao PIS a desenvolver; e garantiu-nos que as informações transmitidas à equipa estavam de acordo com as últimas indicações da CCI. Durante este estágio de observação tivemos a oportunidade de frequentar uma formação (programada no âmbito do programa de acreditação da qualidade) sobre “Controlo de Infecção – CCI”. Foi elaborado um relatório de estágio que apresentamos no Apêndice 10.

Elaboramos, como previsto, o póster (Apêndice 11) com o tema “Mãos: Cuidar em Segurança”, onde incluímos as taxas de adesão à higienização das mãos por momento de Maio de 2014 e abordamos o modelo dos “Cinco Momentos”, que foi afixado, em Janeiro de 2015, junto à sala de pausa do serviço em área visível à equipa de enfermagem e AO.

O póster foi submetido à aprovação da Prof.^a e Enf.^a Orientadoras e foram realizadas as alterações necessárias.

A concretização desta atividade, apesar de não estar projetado, mobilizou recursos financeiros no valor de cerca de 7 euros para a impressão do póster.

2.4. Avaliação do Projeto

A avaliação deve contribuir para melhorar a relação de coerência entre o projeto e o problema, a eficácia da gestão dos recursos em consideração aos objetivos estabelecidos e otimizar as atividades desenvolvidas em relação aos resultados pretendidos. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

A avaliação num projeto é contínua e “...deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.24).

Ao efetuar uma retrospeção do realizado o investigador tem a possibilidade de reformular a análise da situação, os objetivos definidos, as atividades planeadas, os recursos utilizados e os resultados obtidos. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

Em relação ao momento formativo, os enfermeiros e AO que assistiram demonstraram grande interesse e foram participativos nas sessões de *role-playing*. Da análise das folhas de avaliação (Anexo 3) concluímos que na generalidade os participantes ficaram satisfeitos com os conteúdos apresentados e na pertinência da sua aplicabilidade ao contexto de trabalho (26,9% dos funcionários classificaram a ação como Nem satisfeito/Nem Insatisfeito, 53,8% ficaram Satisfeitos e 19,2% Muito Satisfeitos). Foi atingida uma taxa de frequência de 92,85% de profissionais da equipa de enfermeiros e AO. Com o objetivo de formar os restantes elementos da equipa a enfermeira coordenadora propôs-nos repetir o momento formativo, que ficou agendado para o Outubro de 2015.

A imagem alusiva à Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador do recobro foi aceite com entusiasmo pela equipa e a memória de bolso fornecida durante o momento formativo teve comentários bastante positivos da equipa, que a considerou muito útil.

O póster foi elaborado com o tema “Mãos: Cuidar em Segurança” foi considerado, pela equipa multidisciplinar do serviço, criativo e com conteúdos importantes para a sensibilização dos profissionais para a higienização das mãos de acordo com o modelo dos “Cinco momentos”.

Apesar das atividades planeadas terem sido cumpridas surgiram alguns constrangimentos, essencialmente, na programação do momento formativo para que não coincidisse com as sessões de formação em serviço já programadas.

No final do projeto foi aplicada novamente a grelha de observação adotada pela DGS em 4 sessões de observação para percebermos se a campanha desenvolvida teve influência nas taxas de adesão. A equipa foi informada durante o momento formativo da data das observações e todos

autorizaram a sua participação. O momento exato da observação não foi revelado para que os comportamentos não fossem influenciados pela presença do observador. Os dados obtidos foram bastante satisfatórios. Num total de 146 oportunidades, foram: 89% de adesão nos enfermeiros e 83,6% de adesão nos assistentes operacionais. Em relação ao tipo de indicação para higiene das mãos os resultados obtidos são: 70,2% antes do contato com o doente; 100% antes de um procedimento asséptico; 100% depois de risco de exposição a fluidos corporais; 100% depois do contato com o doente e 88,5% após contato com o ambiente envolvente do doente. É visível um aumento significativo na adesão dos profissionais ao modelo de higienização das mãos dos “Cinco Momentos tendo em consideração os valores obtidos através das observações realizadas em Maio de 2014 (Tabela 1).

Momentos	% de Adesão Maio 2014	% de Adesão Janeiro 2014
Antes do contato com o cliente	20,0%	70,2%
Antes de procedimentos limpos/assépticos.	66,7%	100%
Após risco a exposição a fluidos orgânicos.	88,2%	100%
Após contato com o cliente.	66,7%	100%
Após contato com o ambiente envolvente do cliente.	41,9%	88,5%

Tabela 1: Comparação da percentagem de adesão por momento entre Maio de 2014 e Janeiro de 2015.

Para a realização da atividade “Memórias de bolso”, apesar de não estar projetado, foram necessário mobilizar recursos financeiros no valor de cerca de 20 euros para a impressão e plastificação das memórias de bolso.

Tendo em consideração o exposto anteriormente, consideramos ter atingido os objetivos a que nos prepussemos para que o projeto “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção” contribua para otimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes internados na UCPA do Hospital Y, através da adesão dos profissionais às boas práticas no âmbito da higiene das mãos.

2.5. Divulgação do Projeto

A divulgação dos conhecimentos obtidos através do desenvolvimento de um projeto é essencial, uma vez que, “assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.31).

O projeto desenvolvido foi divulgado à equipa da UCPA do hospital Y através dos slides apresentados durante o momento formativo realizado e de um póster que ficou afixado no serviço.

A divulgação do projeto à comunidade científica e sociedade fica garantida através do artigo que elaboramos – “Higienização das Mãos: Uma precaução Básica na Prevenção da Infecção” (Apêndice 12), que será proposto para publicação na revista Cuid’arte e através da redação deste relatório de Trabalho de Projeto.

Tendo em consideração o que descrevemos pensamos que com a realização do PIS desenvolvemos a Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica **K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

No próximo capítulo iremos descrever como desenvolvemos o nosso PAC, tendo em conta que este também era uma das exigências do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM COMPETÊNCIAS – PAC

Os estágios realizados perspectivando a formação especializada abarcam duas dimensões, a realização de um PIS e o desenvolvimento de um PAC. Este foi realizado com vista à aquisição de competências no âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica. Serviu de orientação ao desenvolvimento deste PAC os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica, tal como regulamentado em diário da república no documento N° 124/2011.

Tendo em conta que o PIS permitiu-nos desenvolver a competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas; verificamos a necessidade de delinear os objetivos e planeamos atividades para que pudéssemos desenvolver as competências **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, e **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**.

3.1. Diagnóstico da Situação

No decorrer do nosso estágio e aquando do nosso exercício profissional, e com vista à aquisição das competências K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; auscultámos a equipa, consultamos os protocolos e procedimentos sectoriais do serviço e da CGR da instituição, realizamos uma entrevista do tipo não estruturado para identificar as áreas de carácter mais urgente passíveis de serem intervencionadas e constatamos que as áreas mais focadas pela equipa foram o risco de hipotermia no pós-operatório e o combate a incêndios.

- Para desenvolver a competência **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, decidimos abordar a hipotermia como complicação no pós-operatório imediato. Não há dúvida de que com a cirurgia procuramos melhorar a qualidade de vida dos clientes. No entanto, no cliente cirúrgico está presente o risco de hipotermia, uma vez que, durante a cirurgia está imobilizado com a superfície corporal exposta, é sujeito à perfusão de fluidos frios e ventilado com gases frios. (AESOP, 2006) A hipotermia pode levar a depressão do miocárdio e do sistema nervoso central, tal como, a depressão respiratória. Pelo que, é mandatório a manutenção da temperatura corporal no período intra e pós-operatório. (Manley & Bellman, 2003) É função do enfermeiro a prestar cuidados na UCPA vigiar as alterações do conforto como hipotermia e providenciar aquecimento corporal de forma eficaz, como pela utilização de sistemas de aquecimento elétricos. (AESOP, 2006) Sendo assim, propomo-nos elaborar um procedimento sectorial para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000 na UCPA, cujo objetivo é uniformizar o procedimento para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000, na UCPA do Bloco Operatório Hospital Y do CHG e ir ao encontro do critério 52.15 recomendado pelo Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. (Normas para a Acreditação versão 01, 2013)

Em relação à competência **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**, decidimos abordar a problemática dos incêndios. Após consulta de alguns documentos existentes no serviço, constatamos a no ano transato não foi realizada formação sobre a temática dos incêndios. No BO o risco de incêndio é bastante significativo. O uso de substâncias inflamáveis está contraindicado pelo risco de que uma faísca desencadeie um incêndio. A Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP) preconiza que “Deve existir um programa de prevenção de incêndios, do conhecimento de todos os profissionais, onde estejam incluídas todas as actividades a executar, bem como o plano de evacuação do serviço...” (AESOP, 2006, p.65).

Assim para o nosso PAC delineamos como **objetivo geral**:

- Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

E como **objetivos específicos**:

- Elaborar um procedimento sectorial para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000 na UCPA.
- Realizar uma sessão formativa sobre como atuar em caso de incêndio.

À semelhança do que fizemos para o PIS, e tendo em conta a metodologia de projeto também planeamos um conjunto de atividades, enumerámos recursos e indicadores.

No desenvolvimento deste processo e ao delinearmos estes objetivos para dar resposta às áreas problemáticas foi auscultada a opinião da Enf.^a orientadora/coordenadora da unidade que concordou com as temáticas a abordar e com os objetivos delineados. Podemos então prosseguir com o planeamento das atividades a desenvolver.

Na realização deste PAC também foi contemplado a pretensão de adquirirmos as competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Esta é uma área da Médico-Cirúrgica que toma como alvo de cuidados a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal; sendo objeto da sua ação os projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e seus cuidadores/família.

Uma vez que, o local de estágio, pelas suas características próprias, apenas nos proporcionará um raro contato com este tipo de clientes; estabelecemos o seguinte objetivo – **Adquirir conhecimentos sobre a temática do cliente com doença crónica incapacitante e paliativa.**

3.2. Planeamento do Projeto

Para o objetivo - **Elaborar um procedimento sectorial para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000 na UCPA**, as atividades planeadas foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cliente cirúrgico, riscos associados ao cliente cirúrgico, hipotermia e métodos de aquecimento corporal;
- Realização de consulta de documentos sobre a utilização de aquecedores corporais;

- Elaboração de um procedimento sectorial sobre utilização do aquecedor corporal por convecção;
- Discussão do procedimento com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Orientadora;
- Introdução de alterações se necessário;
- Implementação do procedimento após autorização da Enf.^a Coordenadora do serviço;
- Divulgação do procedimento na reunião semanal;

O **indicador de avaliação** estabelecido para este objetivo foi o procedimento sectorial sobre utilização do aquecedor corporal por convecção.

Para o objetivo – **Realizar uma sessão formativa sobre como atuar em caso de incêndio**, as atividades planeadas foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre precauções durante um incêndio;
- Realização de consulta do plano de emergência e catástrofe da instituição;
- Realização de estágio na CGR da instituição CHG;
- Elaboração de um conjunto de slides para apresentação de formação sobre o combate a incêndios;
- Discussão da ação de formação com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Orientadora;
- Introdução de alterações se necessário;
- Elaboração do plano da sessão;
- Marcação da sessão;
- Divulgação da sessão através de um cartaz informativo exposto no placar das informações e na reunião semanal;
- Realização da sessão formativa;

- Avaliação da sessão;

O **indicador de avaliação** estabelecido para este objetivo foi o cartaz de divulgação da formação, os slides apresentados na formação, o plano da sessão formativa e a avaliação da sessão formativa (tratamento de dados).

Para o objetivo – **Adquirir conhecimentos sobre a temática do cliente com doença crónica incapacitante e paliativa**, as atividades planeadas foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao cliente com doença crónica incapacitante e paliativa;
- Realização de frequência de Curso de Formação sobre a temática “Dignidade em Fim de vida”;
- Realização de frequência de Curso de Formação Profissional sobre a temática “Cuidados Paliativos”.

O **indicador de avaliação** estabelecido para este objetivo foi a redação de uma reflexão sobre a temática do cliente com doença crónica incapacitante e terminal.

Previmos alguns constrangimentos para a realização do projeto como a dificuldade em cumprir com o cronograma estabelecido inicialmente. Para fazer face a este constrangimento pretendemos fazer uma gestão rigorosa do tempo, no entanto pode surgir alterações ao cronograma inicial.

Em relação aos recursos necessários para a execução das atividades planeadas, não foram previstos gastos suplementares a nível de recursos materiais e humanos. No entanto, para a realização das atividades propusemo-nos articular a nossa intervenção com a Enf.^a Orientadora T.A., com o Prof.^a Orientadora EM, com a Equipa de Enfermagem e AO da UCPA, com a Enf.^a responsável pela formação em serviço, com a Enf.^a responsável pela CCI e com a Enf.^a responsável CGR da instituição CHG.

3.3. Execução, Avaliação e Divulgação do Projeto

Neste capítulo descreveremos as atividades desenvolvidas cronologicamente e os recursos utilizados para cada objetivo delineado; desta forma exporemos o percurso realizado para a concretização do PAC. Faremos, também, a avaliação do projeto focando cada objetivo delineado.

Objetivo: Elaborar um procedimento sectorial para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000 na UCPA

Realizamos pesquisa bibliográfica sobre cliente cirúrgico, risco associados ao cliente cirúrgico, hipotermia e métodos de aquecimento corporal, e consultamos documentos sobre a utilização de aquecedores corporais em Dezembro de 2014;

A elaboração do procedimento sectorial sobre utilização do aquecedor corporal por convecção (Apêndice 14) teve início em Dezembro de 2014, foi para aprovação da Enf.^a orientadora e da Prof.^a Orientadora, e após a introdução das alterações sugeridas ficou concluído em Janeiro de 2015. A implementação e divulgação deste procedimento estão dependentes da aprovação do Conselho de Administração. No entanto, consideramos que este objetivo foi atingido, uma vez que, elaboramos o documento que nos foi solicitado pela Enf.^a Coordenadora e com o qual poderemos contribuir para a otimização dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

Objetivo: Realização uma sessão formativa com o tema “Combate a Incêndios”.

Para cumprir com este objetivo começamos por, no período de Setembro a Outubro de 2014, fazer pesquisa bibliográfica sobre precauções a ter durante um incêndio e consulta do plano de emergência e catástrofe da instituição.

Nos dias 29 e 30 de Setembro de 2014, realizamos um estágio de observação na CGR que permitiu-nos conhecer o funcionamento da CGR do CHG, conhecer as funções da enfermeira da CGR, recolher informação sobre a temática do combate a incêndios, Plano de Emergência Interna (PEI) e evacuação de clientes em contexto hospitalar que serviu de apoio à realização das atividades inerentes ao objetivo supracitado. Durante este estágio de observação tivemos a oportunidade de frequentar uma formação (programada no âmbito do programa de acreditação da

qualidade) sobre “Plano de Emergência Interno - CGR”. Foi elaborado um relatório de estágio que apresentamos no Apêndice 15.

A 27 e 28 de Novembro participamos nas Segundas Jornadas de Enfermagem do CHG cuja mesa – Pensar a Catástrofe e a Emergência Interna, contribuiu para enriquecer os conhecimentos adquiridos com os testemunhos partilhados pelos diferentes profissionais nas sessões apresentadas.

A elaboração dos slides para apresentação de formação sobre o combate a incêndios teve início em Dezembro de 2014, foram submetidos à aprovação da Enf.^a orientadora e da Prof.^a Orientadora e após a introdução das alterações sugeridas ficaram concluídos em Janeiro de 2015. Em 22 de Janeiro de 2015 realizamos um momento formativo, onde apresentamos um conjunto de slides (Apêndice 16) sobre o tema planeado e participamos na redação e programação de uma situação para exercício de simulacro, cuja realização ficou programada para Outubro de 2015 (Apêndice 17). Após aprovação das enfermeiras orientadoras e efetuadas as alterações sugeridas, foi elaborado um plano da sessão (Apêndice 18) e esta foi divulgada à equipa através de cartaz informativo colocado no placar da sala de pausa uma semana antes da data de realização da sessão (Apêndice 19).

A sessão de formação teve uma frequência de 21 profissionais, enfermeiros e AO, que fizeram uma avaliação bastante positiva da ação formativa (5 funcionários classificaram a ação como Nem satisfeito/Nem Insatisfeito, 13 ficaram Satisfeitos e 3 Muito Satisfeitos).

Objetivo: Adquirir conhecimentos sobre a temática do cliente com doença crónica incapacitante e paliativa.

Em Setembro de 2014 começamos a fazer pesquisa bibliográfica sobre o cliente com doença crónica incapacitante e paliativa. As informações obtidas foram incrementadas com a frequência de um curso sobre a temática “Dignidade em Fim de Vida” a 9 de Novembro de 2014. Nos dias 9, 11 e 12 de Dezembro de 2014 (num total de 15 horas) frequentamos o curso “Cuidados Paliativos”, cujo plano curricular focava as temáticas: filosofia e princípios dos cuidados paliativos, cuidar do cliente em fase terminal, considerações éticas, controlo e sintomas, aspetos psicológicos da doença terminal, comunicação com o cliente em fase terminal, a família do cliente em fase terminal, a morte e o processo de luto, papel dos profissionais de saúde e encaminhamento para a rede de cuidados

continuados. A os conteúdos lecionados neste curso forneceram bases para a redacção de uma reflexão intitulada “O fim de Vida: Impacto na Família” (Apêndice 20).

Apesar das atividades planeadas terem sido cumpridas surgiram alguns constrangimentos, essencialmente, na programação do momento formativo para que não coincidissem com as sessões de formação em serviço já programadas.

Pensamos ter atingido o objetivo, uma vez que, a sessão foi realizada tal como o solicitado e planeado anteriormente, e porque obteve um *feedback* positivo da parte da equipa prestadora de cuidados da UCPA.

Em relação aos recursos mobilizados cumprimos com o perspectivado na fase de planeamento do PAC para os objetivos delineados.

O projeto desenvolvido (PAC) foi divulgado à equipa da UCPA do hospital Y através do momento formativo realizado, do procedimento, que apenas aguarda a aprovação pelo Conselho de Administração e da reflexão redigida.

A divulgação do projeto à comunidade científica e sociedade fica garantida através da redacção deste relatório de Trabalho de Projeto.

Nos dois últimos capítulos apresentámos o PIS e o PAC que foram essências para o desenvolvimento das competências. O capítulo seguinte é uma reflexão sobre as competências adquiridas.

4. ANÁLISE DA APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como objetivo “Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e *práticos* da enfermagem na área da especialidade.”⁷ Para tal, é essencial que o futuro Mestre adquira e/ou desenvolva conhecimentos na área das competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nas áreas da pessoa em situação crítica e da pessoa em situação crónica e paliativa.

No Capítulo II do REPE (1998) podemos encontrar a definição de enfermeiro especialista como “...o enfermeiro habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (ausência de página por o documento não se encontrar paginado).

O enfermeiro especialista é aquele que demonstra um conjunto de competências especializadas referentes a um campo de intervenção. Este enfermeiro, que possui um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão e desenvolve a sua prática tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Na sua atuação também se envolve nas “...dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (OE, 2010, p.2).

O que podemos entender por competência? Este termo é definido por Dreyfus no seu modelo de aquisição de competências, que serviu de base aos estudos de Benner, como “...a competência é definida em relação a uma situação mais que como uma característica ou um dado que transcende todas as situações. Assim este modelo afirma que uma enfermeira pode agir como perita numa situação clínica (tendo em conta uma capacidade inata e uma formação adequada) (...) esta

⁷ Guia de Curso do 3.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 2.º Semestre disponível em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

mesma enfermeira poderá agir num nível de competência diferente noutras situações.” (Benner, 2001, p.203).

Benner (2001) refere-se a competências como os cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais, e “...na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.” (p.43).

No sentido em que a competência é representativa do saber aliado à experiência, Lopes & Nunes (1995) definem competência como “Um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta.” (p.10).

As competências clínicas especializadas resultam do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e permitem ao enfermeiro especialista prestar cuidados de saúde ao cliente em diferentes ambientes e contextos. (DR, 2011)

Durante o curso de mestrado foi-nos facultado aportes teóricos que permitiram-nos a aquisição e aprofundamento de conhecimentos que aplicamos à prática durante os estágios, o que nos direcionou para a aquisição de competências coincidentes com o perspectivado para a aquisição do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Entende-se por competências comuns do enfermeiro especialista as que são partilhadas por todos os enfermeiros das diferentes áreas de especialidade. No âmbito destas competências o enfermeiro deve demonstrar elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados através de um exercício profissional suportado pela formação, investigação e assessoria. As competências comuns abarcam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2010)

Para realização das atividades e desenvolvimento das competências que iremos descrever tivemos como suporte o Modelo Teórico da Qualidade de June Larrabee. Este modelo baseia-se na compreensão mundial da estrutura da qualidade dos cuidados de saúde e centra-se no bem-estar dos clientes e nas suas perceções de como os cuidados são prestados. June Larreebee considera essencial que os enfermeiros percebam a qualidade dos cuidados como imprescindível à sua prática; que considerem como um direito dos clientes e uma responsabilidade dos enfermeiros. (Larrabee, 1996)

No que se refere ao desenvolvimento profissional June Larreebee considera que os enfermeiros necessitam de questionar continuamente as suas práticas e tentar encontrar alternativas melhores. Pelo que, competências na área do pensamento crítico e métodos baseadas na evidência para a tomada de decisão clínica são essenciais para promover a qualidade e o custo benefício dos cuidados de saúde. (Rosswurn & Larrabee, 1999)

A - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A OE (2010) define que o profissional com esta competência “Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p.4).

Durante o desenvolvimento do PIS tivemos sempre em consideração os aspetos éticos essenciais às etapas da Metodologia de Projeto.

Quando falamos em metodologia de projeto referimo-nos ao desenvolvimento de um projeto respeitando de forma sequencial e ordenada as etapas com o objetivo de atingir determinado fim. A metodologia assenta na “...pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto...” para a promoção “...de uma prática fundamentada e baseada na evidência.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2).

O projeto foi submetido à aprovação da direção de enfermagem com conhecimento das chefias do serviço onde foi desenvolvido o estágio e teve um parecer positivo.

No diagnóstico da situação informamos toda a equipa da realização deste projeto e dos objetivos a alcançar. Aos profissionais submetidos à observação inicial foi entregue um documento de consentimento informado e esclarecido que os informou, caso autorizassem, que estavam a ser observados num determinado período de tempo e os objetivos da observação. Sendo assim, foi preservada a questão ética do consentimento livre e esclarecido.

Para Queirós (2001) o consentimento livre e esclarecido está intimamente relacionado com o princípio da autonomia, não podendo ser considerado um acontecimento isolado mas sim um processo onde a pessoa deve consentir de forma livre, voluntária e consciente. Sendo assim, o consentimento “...é um acto de decisão voluntária, realizado por pessoa competente, esclarecida, por adequada informação e capaz de deliberar, tendo compreendido a informação revelada.” (p.96).

Polit e Hunger (1997, cit. por Streubert & Carpenter, 2002) entendem por consentimento informado quando “...os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação” (p.39).

No tratamento dos dados obtidos através das observações foi respeitado o sigilo e o anonimato dos observados. Este princípio ético foi igualmente preservado durante a realização deste relatório onde está presente o respeito pelo anonimato dos intervenientes e da instituição onde está a ser desenvolvido o projeto.

Derivado do princípio da autonomia, o direito à privacidade está relacionado com o “...carácter do que é privado, próprio de alguém, só dele, não público, reservado, de foro íntimo”, sendo a confidencialidade “...a garantia de que as informações dadas em confiança aos profissionais de saúde não deverão ser reveladas sem autorização prévia da pessoa.” (Queirós, 2001, p.100).

Para Fortin (1999) o investigador tem o dever de garantir o anonimato/confidencialidade dos dados obtidos através da investigação, este direito está respeitado “...se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador...” (p.117), estes dados só podem ser divulgados com a autorização do sujeito envolvido no estudo.

Na dimensão ética e legal, no Modelo da Qualidade estão presentes os conceitos éticos e económicos de valor, beneficência, prudência e justiça. Larreebee considera que os conceitos qualidade, valor e beneficência estão relacionados e determinam os resultados esperados no que

se refere a qualidade dos cuidados de saúde. Estes resultados constituem metas para o bem-estar das pessoas e, portanto, potencialmente benéficos. As intervenções a implementar são definidas com vista à concretização dos resultados esperados. (Boldreghini & Larreebee, 1998) Assim foi baseado nestas premissas que desenvolvemos o nosso PIS.

Consideramos que desenvolvemos esta competência, uma vez que, foram aplicados os princípios éticos da tomada de decisão numa variedade de situações da prática, baseando as decisões em princípios, valores e normas deontológicas. E concluímos que os conhecimentos mobilizados para o desenvolvimento desta competência foram lecionados na UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem.

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No desenvolvimento desta competência pretende-se que o enfermeiro demonstre uma prática em que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes. (OE, 2010)

Durante o estágio e na realização do PIS e PAC esta competência foi desenvolvida ao promover a protecção dos direitos humanos de segurança, privacidade e dignidade do cliente durante a prestação de cuidados. Nos projetos realizamos atividades cujo objetivo principal foi contribuir para a optimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente internado na UCPA. Através do respeito pelos direitos humanos tornamo-nos parceiros de cuidados e nas situações em que o cliente por razões clínicas estava incapaz de decidir por si próprio coube-nos como prestadores de cuidados a defesa dos interesses do cliente no que se relaciona com a preservação dos direitos pela informação, confidencialidade, privacidade, autonomia, dignidade e liberdade do cliente. Aspectos contemplados e explícitos no Código Deontológico do Enfermeiro nos seus vários artigos, que determinam que toda a intervenção de enfermagem deve ter como base a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; e estabelecem para a relação profissional os seguintes valores universais: igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional. Segundo a OE (2007) o

consentimento informado corresponde à autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após ter obtido todas as informações inerentes à intervenção de enfermagem proposta. “O consentimento é um dos aspectos básicos da relação entre os profissionais da saúde e os clientes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem estar, no exercício da liberdade responsável.” (OE, 2007, p.7).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ainda reforça dizendo “A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. (...) No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” (OE, 2001, p.12)

À semelhança da competência anterior, foi principalmente a UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem que forneceu os conhecimentos mobilizados para o desenvolvimento desta competência.

B - Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

No desenvolvimento destas competências pretende-se que o enfermeiro colabore na concepção, concretização e disseminação até ao nível operacional de projectos institucionais na área da

qualidade; que na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade tenha em consideração a importância da análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados; e atue proativamente para o bem-estar e gestão do risco, gerindo o ambiente e os cuidados ao cliente. (OE, 2010)

Uma vez que, estas competências assentam na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade com sua disseminação até ao nível operacional, podemos identificar o desenvolvimento destas competências durante a realização do PIS como projeto institucional com o qual pretendemos obter melhorias na área da qualidade. Durante a realização deste projeto foram respeitadas as etapas da metodologia de projeto, a pesquisa efetuada levou a aquisição e aprofundamento de conhecimentos na área da prevenção e controle da infeção e que ao serem mobilizados permitiram a prestação de cuidados ao cliente de forma segura, traduzido nos instrumentos concebidos para formar a equipa sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos”. A preocupação pela segurança do cliente e gestão dos riscos inerentes aos cuidados também esteve na realização do PAC, em que formamos os profissionais no combate a incêndios e redigimos um procedimento sobre o controle da temperatura corporal e diminuição do risco de hipotermia no cliente cirúrgico.

Para a aquisição destas competências, foram fundamentais os aportes lecionados no 1º semestre nos módulos Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem da UC Enfermagem, Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade da UC Gestão de Processos e Recursos e na UC Investigação.

C - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Durante o estágio, os cuidados prestados tiveram sempre como objetivo central a otimização do processo de cuidados, considerando os conceitos de ambiente seguro, multidisciplinariedade dos cuidados de saúde, delegação e supervisão de tarefas.

A pesquisa e estudo disponibilizaram-nos conhecimentos em diferentes áreas o que permitiu-nos, nos planos de cuidados desenvolvidos, demonstrar capacidades de assessoria à equipe de enfermeiros e assistentes operacionais que prestam cuidados na UCPA, de participar nas decisões da equipa multidisciplinar e de reconhecer a necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados.

A delegação de tarefas foi realizada criteriosamente, tendo em consideração a capacidade dos elementos da equipa, para a garantia da qualidade dos cuidados prestados. A supervisão nunca foi esquecida, uma vez que a delegação implica a responsabilização daquele que delega. A gestão do processo foi da nossa inteira responsabilidade no que se refere aos vários aspetos do processo, como o estabelecimento dos objetivos, planeamento e calendarização das atividades, mobilização dos recursos e estabelecimento de vias de comunicação entre os intervenientes.

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Demonstramos esta competência como líderes dos nossos planos de cuidados. Cujas elaborações assentam na realização de uma análise aprofundada da situação, o que nos permite identificar os recursos existentes e assim prestar cuidados de qualidade a custos controlados.

Esta competência foi desenvolvida como líderes dos projectos efetuados (PIS e PAC). Na realização destes projetos a gestão dos recursos existentes e a articulação com a equipa multidisciplinar foi essencial para a motivação dos profissionais para a mudança adotando um desempenho diferenciado de maior qualidade com base na adoção de boas práticas.

Os conhecimentos mobilizados para o desenvolvimento destas competências foram adquiridos através dos módulos Liderança de Equipas e Gestão de Cuidados de Enfermagem lecionados na UC Gestão de Processos e Recursos. A UC Ambientes em Saúde, também, deu um forte contributo principalmente com o Módulo Psicossociologia das Organizações.

D - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Todo o profissional de enfermagem deve ter um profundo conhecimento de Si e da forma como se relaciona com o Outro. Deve conhecer as suas idiossincrasias, capacidades e limitações; e como estes aspetos influenciam a prestação de cuidados. Pois, só através do autoconhecimento tem a capacidade de agir com assertividade em situações complexas com elevado envolvimento emocional, situações de elevada pressão e na gestão de conflitos. (OE, 2010)

Consideramos ter demonstrado esta competência através do nosso trabalho com a equipa e na relação de cuidados estabelecida com o cliente. Integramo-nos sem dificuldade na equipa, que demonstrou reconhecimento pelos nossos conhecimentos e capacidade de liderança nos processos de cuidados e participou ativamente nos projectos por nós desenvolvidos. O mesmo reconhecimento foi percebido na relação com o cliente, que confiou em nós, aceitou as nossas propostas de cuidados reconhecendo-nos como eficientes.

As situações de conflito foram geridas com assertividade, apelando sempre ao objetivo comum de prestar cuidados de qualidade.

Os conhecimentos mobilizados para o desenvolvimento desta competência foram lecionados no módulo Psicossociologia das Organizações da UC Ambientes em Saúde, no módulo Liderança de Equipas da UC Gestão de Processos e Recursos e no módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem da UC Enfermagem.

a) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Esta competência foi desenvolvida primeiramente quando identificamos as nossas necessidades de formação. Após identificadas estas necessidades foi desenvolvido um forte investimento no estudo e pesquisa das temáticas mais pertinentes para garantir uma prestação de cuidados de qualidade e baseada em conhecimentos científicos sólidos.

Para consolidar conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção, especificamente no que se relaciona com a Campanha da higienização das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos” assistimos a uma ação formativa desenvolvida pela CCI sobre a campanha da higienização das mãos da DGS e sobre como aplicar o formulário de observação da higienização das mãos. Esta formação era destinada aos serviços que se propuseram a implementar a campanha no ano 2014, no entanto, a enfermeira responsável pela CCI ao saber que estávamos a iniciar um projeto nesta área convidou-nos a assistir. Durante os estágios opcionais assistimos às

formações obrigatórias (recomendadas pelo programa institucional de acreditação da qualidade) no âmbito do Plano de Emergência Interno (PEI) da CGR, Suporte Básico de Vida (SBV), Controlo de Infecção da CCI e Saúde e Segurança do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) (Anexo 4).

Frequentamos formações na área dos cuidados paliativos para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos para o desenvolvimento de competências que exporemos mais à frente neste relatório (Anexo 4).

Numa segunda fase, já detentores de conhecimento em várias áreas, podemos desempenhar com segurança atividades como formadores considerando sempre as necessidades e os interesses dos profissionais do serviço onde desenvolvemos o estágio.

O PIS e PAC foram essenciais para o desenvolvimento desta competência ao desempenharam um papel orientador para ao estabelecimento das necessidades formativas e planeamento das atividades.

Os conhecimentos que mobilizamos para o desenvolvimento desta competência foram lecionados no módulo Formação Contínua Aplicada à Enfermagem da UC Enfermagem e na UC Investigação, onde destacamos o módulo Métodos de Tratamento de Informação e Trabalho de Projeto.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

A OE (2010) define pessoa em situação crítica como “...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.1). Para garantir uma evolução positiva do seu estado de saúde e a recuperação total esta pessoa depende de cuidados de enfermagem altamente qualificados prestados de forma contínua que deem resposta às necessidades afetadas, que mantenham as funções básicas de vida, previnam complicações e limitem incapacidades. (OE, 2010)

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Durante o estágio a nossa preocupação primária foi prestar cuidados seguros e de qualidade. Neste sentido, e considerando que o enfermeiro que age de acordo com as boas práticas deve ter sempre um foi condutor que oriente a sua atuação, podemos aludir ao Modelo da Qualidade de June Larrabee no qual enquadrámos todas as atitudes e actividades desenvolvidas durante os estágios. Sendo assim, a qualidade assume uma importância vital que consideramos como direito inquestionável do cliente e um dever nosso. O enfermeiro deve centrar-se a promover o bem-estar do cliente e este deve ser considerado parceiro nos cuidados, sendo as suas percepções que vão permitir avaliar esses mesmos cuidados. Na procura da promoção da qualidade os profissionais devem reflectir continuamente sobre as suas práticas e tentar optimizá-las.

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica

O enfermeiro especialista deve considerar a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder atempadamente e de forma holística. (OE, 2010)

Para desenvolver esta competência prestamos cuidados na UCPA a clientes submetidos a intervenções cirúrgicas do foro ortopédico.

O cliente do foro ortopédico ao ser submetido a uma intervenção cirúrgica está exposto a inúmeros riscos de complicações cirúrgicas e/ou anestésicas. Também é frequentes estes clientes, para além da patologia do foro ortopédico, padecerem de patologias crónicas que potencializam os riscos. As

Unidades de cuidados pós-anestésicos assumem extrema importância, uma vez que, permitem a transferência dos clientes do Bloco Operatório para uma unidade onde estão disponíveis meios técnicos necessários para garantir uma monitorização correta, uma analgesia eficaz, um controlo das náuseas e vômitos e uma vigilância permanente das complicações pós-operatórias. Segundo a AESOP (2006) o período de tempo em que o cliente está internado na UCPA corresponde ao “... espaço de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico efectuado sob anestesia geral, locoregional ou sedação. (...) Durante este período de tempo que é curto mas crítico, o doente conjuga os riscos associados à administração dos fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica em si, com tudo o que ela implica de agressão para o organismo. Estes aspectos, associados à dor pós-operatória tornam o doente vulnerável e susceptível ao aparecimento de inúmeras complicações.” (p.155).

Para Dodge et al (1987, cit por Manley & Bellman, 2003) durante o período de recobro pós anestésico/cirúrgico na UCPA é necessário que “...cada doente tenha um ambiente físico e psicológico ideal. Isto inclui a existência de equipamento de monitorização e de emergência, e de condições que assegurem, a título permanente, a segurança física e o conforto emocional.” (p.285). O período de recobro pós anestésico/cirúrgico coloca aos profissionais desafios multifacetados; a ultrapassar com o recurso à mobilização de competências especializadas para garantir que os clientes recuperem a homeostase fisiológica para um estado semelhante ou melhor que no período pré-operatório. (Manley & Bellman, 2003)

Durante o estágio consideramos ter desenvolvido as competências no que se refere a prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, uma vez que, apresentamos maior conhecimento e segurança em identificar e agir, antecipadamente e prontamente sobre focos de instabilidade. As nossas competências técnicas na prestação de cuidados complexos também foram incrementadas, aprofundamos conhecimentos através do estudo de manuais, consulta de artigos e trabalhos de mestrado publicados em bases de dados (EBSCOhost, B-on, PubMed, SciElo e Catálogo Bibliotecas ESS) e de procedimentos/protocolos de atuação a clientes em situação crítica e ou falência multiorgânica o que permitiu otimizar a nossa atuação e tornar-nos mais confiantes ao atuar em situações complexas. Foram contributos para este desenvolvimento as pesquisas bibliográficas que realizamos sobre o doente cirúrgico e os aportes teóricos lecionados no módulo Seminários de Peritos na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na unidade de competência “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” continuamos a aumentar os conhecimentos, mostrando-nos atualmente mais capazes na gestão dos protocolos terapêuticos ao prevenir antecipadamente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, agindo adequadamente se estas surgirem e avaliando as respostas do cliente do foro cirúrgico (como por exemplo a avaliação da função respiratória, para despiste de depressão respiratória, no cliente sob o protocolo de Morfina EV).

Neste sentido, e procurando melhorar a qualidade de vida do cliente cirúrgico que está sujeito ao risco aumentado de hipotermia, o que pode originar complicações graves, elaboramos um procedimento sectorial - “Procedimento para a utilização do aquecedor corporal por convecção na UCPA”. Para a realização desta norma, para além da pesquisa realizadas nas bases de dados já referidas anteriormente, obtive apoio da empresa fornecedora dos aparelhos existentes no serviço da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Coordenadora do serviço e da Diretora do serviço.

Uma das áreas em que consideramos ter desenvolvido mais as nossas competências e otimizado as nossas respostas foi na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, identificamos com maior facilidade as situações em que o cliente apresenta alterações fisiológicas e emocionais significativas da presença de dor e desconforto, aplicamos de forma mais assertiva a escala de avaliação da dor instituída na unidade (escala numérica) e fazemos a gestão da analgesia complementada com a aplicação de outras medidas de conforto (posicionamento, manutenção da temperatura) para garantir o bem-estar do cliente. Segundo Cardoso (2013) A dor cirúrgica é uma dor aguda, uma vez que, “...tem uma certa duração e a expectativa de cessar em breve, (...) A sua intensidade está relacionada com o estímulo que a desencadeou, sendo facilmente localizada, e tem uma função protetora pois alerta para uma lesão. Tratada a lesão, a dor tende a desaparecer, de que é bom exemplo a dor pós-operatória...” (p.21).

No âmbito da assistência à pessoa/família com perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, pelas situações vivenciadas (ensino para a alta e promoção da saúde) consideramo-nos competentes na área da comunicação e atitude terapêutica. Ao comunicar com o cliente/família a vivenciar situações complexas demonstramos técnicas de comunicação eficazes e adaptadas à situação, e utilizamos estratégias facilitadoras para quando existem “barreiras de comunicação”. Segundo Ferreira & Dias (2005) definem que a “...comunicação enquanto “arte” profissional tem que se aprender e sobretudo desenvolver de forma a exercer digna e eficazmente a tarefa de ajudar

com competência.” (p.98). Para os mesmos autores “O enfermeiro deve ser sensível à oportunidade de encetar determinada conversa com o utilizador de cuidados de saúde, muitas vezes o momento é decisivo para a receção, ou não, de determinada mensagem. O profissional de saúde tem de adaptar a mensagem à situação física e psicológica do cliente, bem como ao contexto onde a conversa decorre.” (p.95).

Por último, baseamos a nossa prestação de cuidados no estabelecimento da relação terapêutica, que iniciamos com a receção do cliente na UCPA. A relação que estabelecemos é adequada ao cliente, às suas limitações e às suas necessidades e vai-se desenvolvendo ao longo do internamento na unidade.

Para o desenvolvimento desta competência destacamos as temáticas lecionadas nos módulos Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família e Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor e os assuntos abordados no Seminário de Peritos. No entanto, também foram mobilizados conhecimentos adquiridos na UC Enfermagem com o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem.

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação

Segundo a OE (2010) pretende-se que o enfermeiro especialista intervenha “...na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima...” e perante “...a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica...” faça a gestão das equipas “...de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.” (p.4).

O desenvolvimento desta competência foi considerado no PAC. Neste projeto, para além, da contínua consulta de documentos e procedimentos sobre plano de emergência e catástrofe, combate a incêndios e evacuação de instituições hospitalares; realizamos um estágio no Gabinete da CGR que permitiu-nos: conhecer o funcionamento da CGR, as funções da enfermeira da CGR, frequentar uma formação sobre combate a incêndios e PEI, recolher material de apoio para desenvolver uma ação de formação no serviço sobre o combate a incêndios e participar na programação e redação de uma situação para exercício de simulacro. Com este investimento

consideramo-nos capazes de colaborar se solicitado na elaboração do PEI da instituição onde trabalho; de agir adequadamente perante situações de catástrofe com conhecimento dos planos e procedimentos de atuação, sendo capaz de identificar os vários tipos de catástrofe, estipular prioridades e liderar a equipa (atribuindo papéis, avaliando e corrigindo) e gerir processos de atuação.

A 22 de Janeiro de 2015 realizamos a formação “Combate a Incêndios” dirigida a todos os profissionais do serviço onde realizei estágio. Obtivemos uma percentagem de frequência de 70% de profissionais, enfermeiros e AO, que fizeram uma avaliação bastante positiva da ação formativa (23,8% funcionários classificaram a ação como Nem satisfeito/Nem Insatisfeito, 61,9% ficaram Satisfeitos e 14,3% Muito Satisfeitos). Participei na programação e redação de uma situação para exercício de simulacro, cuja realização ficou programada para Outubro de 2015.

Para o desenvolvimento desta competência foram mobilizados os conhecimentos de várias UC: a UC Enfermagem com o módulo Segurança e Gestão de Risco nos cuidados de Enfermagem e o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem; e a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica I com os módulos Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas e Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O enfermeiro no exercício desta competência, nos múltiplos contextos de atuação com que se depara, considera o risco de infeção e responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção de acordo com a complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. (OE, 2010)

O desenvolvimento desta competência revela-se principalmente no PIS, onde a contínua pesquisa e consulta de procedimentos, protocolos, manuais e estudos desenvolvidos na área do controlo de infeção permitiu-nos programar estratégias eficazes a implementar no serviço.

Para o desenvolvimento desta competência foram essenciais as formações em que participamos sobre controlo de infeção, a campanha de higienização das mãos da DGS e sobre o Formulário de observação da prática da higiene das mãos. O estágio realizado na CCI revelou-se uma experiência muito positiva e de grande importância ao fornecer-nos aportes e dotar-nos de conhecimentos que foram imprescindíveis para o desenvolvimento do PIS. Passamos a ter maior compreensão do funcionamento da CCI da instituição CHG e das funções da enfermeira da CCI, aprofundamos conhecimentos na área do controlo de infeção, principalmente sobre a temática da higienização das mãos e sobre a campanha da Direção Geral de Saúde (DGS) “Mãos Limpas Salvam Vidas” e recolhemos material de apoio para desenvolver o PIS.

No projeto desenvolvido, intitulado Higienização das mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infeção, após uma fase inicial em que realizamos o diagnóstico, estabelecemos os objetivos e planeamos as estratégias considerando os recursos necessários e estabelecendo os indicadores de avaliação; passamos à execução das atividades planeadas. Este processo pelo seu caráter flexível permitiu adaptações ao longo do percurso que o tornaram concretizável.

O projeto por nós desenvolvido respeitou um processo passível de relacionar com o proposto pelo Modelo de June Larrabee Prática Baseada na Evidência. Este resulta da integração da experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de uma pesquisa sistemática; e considera que para haver uma mudança na prática clínica com base na evidência, é necessário cumprir as seguintes etapas:

Etapas 1: Avaliar a necessidade de mudança na prática;

Etapas 2: Relacionar o problema com intervenções e resultados;

Etapas 3: Sintetizar a melhor evidência;

Etapas 4: Projetar uma mudança na prática;

Etapas 5: Implementar e avaliar a mudança na prática;

Etapas 6: Integrar e manter a mudança na prática. Rosswurn & Larrabee (1999)

Realizamos um momento formativo, onde apresentamos um conjunto de slides sobre os temas planeados e realizamos uma sessão de *role-playing*. Também, elaboramos uma imagem alusiva à

Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador da UCPA; e foram fornecidas memórias de bolso sobre a Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” e a técnica de fricção das mãos com a SABA aos enfermeiros e AO que prestam cuidados ao cliente internado na UCPA.

Em relação ao momento formativo, os enfermeiros e AO que assistiram demonstraram grande interesse e foram participativos nas sessões de *role-playing*. Esta técnica pedagógica corresponde à teatralização de uma situação real ou inspirada na realidade e que pode ser explorada pedagogicamente. Segundo Delta Consultores e Perfil em Parceria (2007) os participantes são colocados “...em situações de aprendizagem real, que envolvem total visão própria, ação e auto-exame. (...) É espontânea, prática, realista e útil.” (p.36). Com a utilização do *role-playing* pretendíamos motivar os participantes a experimentar diferentes formas de expressão e gerar um clima afetivo que conduzisse a mudanças de comportamento. Da análise das folhas de avaliação concluí que na generalidade os participantes ficaram satisfeitos com os conteúdos apresentados e na pertinência da sua aplicabilidade ao contexto de trabalho (26,9% funcionários classificaram a ação como Nem satisfeito/Nem Insatisfeito, 53,8% ficaram Satisfeitos e 19,2 Muito Satisfeitos). Foi atingida uma taxa de frequência de 92,85% de profissionais da equipa de enfermeiros e AO.

A imagem alusiva à Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador do recobro foi aceite com entusiasmo pela equipa e a memória de bolso fornecida durante o momento formativo teve comentários bastante positivos da equipa, que a considerou muito útil.

Elaboramos um póster sobre o tema “Mãos: Cuidar em Segurança”, em parceria com uma colega estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde incluímos as taxas de adesão à higienização das mãos por momento de Maio de 2014 e abordamos o modelo dos “Cinco Momentos”, e afixámos junto à sala de pausa do serviço em área visível à equipa de enfermagem e AO. Este foi considerado, pela equipa multidisciplinar do serviço, criativo e com conteúdos importantes para a sensibilização dos profissionais para a higienização das mãos de acordo com o modelo dos “Cinco momentos”.

A decisão de elaborar os instrumentos formativos (póster, auxiliar de memória e imagem para o ambiente de trabalho do computador) está relacionada com facto de pretendermos comunicar a informação rapidamente, a um grande número de pessoas dentro de um curto período de tempo

utilizando ajudas visuais e outros suportes para estimular discussões e as percepções dos formandos para pontos importantes da sua prática. (Baptista, 2007)

No final do projeto, de forma a avaliar as intervenções realizadas, aplicamos novamente a grelha de observação e os dados obtidos foram bastante satisfatórios em relação aos obtidos em Maio de 2014. Em Janeiro de 2015 num total de 146 oportunidades obtivemos: 89% de adesão nos enfermeiros (um acréscimo de 36,1%) e 83,6% (um acréscimo de 47,9%) de adesão nos AO. Em relação ao tipo de indicação para higiene das mãos os resultados obtidos são: 70,2% antes do contato com o doente (aumento de 50,2%); 100% antes de um procedimento assético (aumento de 33,3%); 100% depois de risco de exposição a fluidos corporais (aumento de 11,8%); 100% depois do contato com o doente (aumento de 33,3%) e 88,5% (aumento de 46,6%) após contato com o ambiente envolvente do doente.

Analisando todo o trabalho desenvolvido na prestação de cuidados e no desenvolvimento do PIS, consideramo-nos competentes para participar na elaboração de um plano de prevenção e controlo da infeção que responda às necessidades do serviço onde desempenhamos funções (diagnosticando as necessidades e estabelecendo estratégias adequadas). Consideramo-nos como elementos de referência para a equipa pelos conhecimentos demonstrados na prevenção e controlo da infeção e tencionamos ter um papel motivador para o cumprimento das boas práticas.

Para o desenvolvimento desta competência destacamos as temáticas lecionadas no módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo da Infeção.

Para que o enfermeiro desenvolva e demonstre competências no que se relaciona com a avaliação da complexidade das situações para efetivar uma resposta atempada e holística ao cliente/família; participação e gestão de equipas multidisciplinares na elaboração de planos institucionais eficazes e eficientes de resposta imediata a situações de catástrofe e multi-vítima; adequação da resposta na prevenção e controle da infeção à complexidade e diferenciação dos cuidados exigidos em determinada situação; é imprescindível que os enfermeiros procurem autoformação e uma constante atualização dos seus conhecimentos. A melhoria da qualidade dos cuidados deve estar sempre presente nos objetivos dos enfermeiros que devem desenvolver uma prestação de cuidados orientada pela prática baseada na evidência, ou seja, em provas científicas sólidas e em contínua evolução; práticas de saúde efetivas e abordagens preventivas. (Rosswurn & Larreebe, 1999)

4.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Em 2011, em assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Conselho Diretivo da OE aprova as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Estas orientam os cuidados à pessoa com doença crónica incapacitante e terminal tendo como focos os projetos de saúde da pessoa doente, a sua família e cuidadores; promovendo "...a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar." (OE, 2011, p.1).

Segundo este regulamento estão incluídas no conceito de doença crónica as doenças prolongadas e incapacitantes, geralmente de progressão lenta e que implicam a necessidade de adaptação a vários níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual). Foram estabelecidos quatro pilares fundamentais na prestação de cuidados paliativos, são eles: o controlo de sintomas, o suporte psicológico, emocional e espiritual baseado numa comunicação eficaz e terapêutica; o cuidado à família e o trabalho em equipa, "...em que todos se centram numa mesma missão e objetivos." (OE, 2011, p.1).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa são:

- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

O cliente crónico ou em situação de fim de vida recorre a qualquer serviço das nossas instituições hospitalares e tem o direito de ser cuidado por profissionais com competências e sensibilizados para a problemática dos cuidados paliativos.

Para desenvolver esta competência prestamos cuidados na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos a clientes submetidos a intervenções cirúrgicas do foro ortopédico. Apesar de serem doentes cirúrgicos, também é frequente esses clientes para além da patologia do foro ortopédico padecerem de patologias crónicas que potencializam os riscos a que estão sujeitos. Prestamos cuidados assumindo o compromisso de mobilizar os conhecimentos e competências da área do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa para “...melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais” (OMS, 2002, cit por Barbosa & Neto, 2010, p.3). Para tal, planeamos os cuidados através do estabelecimento de relações de ajuda baseadas numa comunicação que favoreça o estabelecimento de confiança e ajude o cliente/família a ultrapassar todos os obstáculos em direção à reorganização e ao bem-estar.

Elaboramos pesquisa bibliográfica e frequentamos cursos sobre a temática dos cuidados paliativos para incrementar os nossos conhecimentos. A 9 de Outubro de 2014 frequentamos o Curso de Formação “Dignidade em fim de vida” (Anexo 4) onde podemos contactar com as temáticas: Esperança de uma morte digna/ A família/ A equipa e Questões éticas em Dignidade em Fim de Vida. Em Dezembro de 2014 frequentamos o Curso de Formação Profissional “Cuidados Paliativos” (Anexo 4), cujo plano curricular incluída os seguintes temas: Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos; Cuidar do Cliente em Fase Terminal (tratamento, obstinação terapêutica, sofrimento versus dor); Considerações Éticas; Controlo e Sintomas; Aspetos Psicológicos da Doença Terminal; Comunicação com o Cliente em Fase Terminal; A Família do Cliente em Fase Terminal; A Morte e o Processo de Luto; Papel dos Profissionais de Saúde; Encaminhamento para a Rede de Cuidados Continuados.

Após as formações e leitura de vários livros e artigos especializados sobre a problemática dos cuidados paliativos consideramo-nos capazes de em contexto de cuidados ao cliente com doença crónica e paliativa identificar as necessidades dos clientes/familiares/cuidadores nas suas diferentes dimensões (física, psicológica, emocional, sociofamiliar e espiritual), atuando antecipadamente sobre os momentos de agudização com estratégias que promovam o bem-estar e a satisfação do cliente/família/cuidadores; e desenvolver um plano de cuidados individualizado que dê resposta a todas as necessidades do cliente/família/cuidadores envolvendo nos cuidados o cliente com doença

crónica e mobilizando elementos de serviços de apoio. Na elaboração do plano de cuidados consideramos de grande importância o envolvimento do cliente/família/cuidador no processo de cuidados (planeando, executando e avaliando), identificar prioridades e definir objetivos e metas a alcançar dentro do acordado, mobilizar conhecimentos das diferentes áreas para satisfação das necessidades multidimensionais, estabelecer uma comunicação eficaz entre os intervenientes do processo para que os resultados esperados sejam atingidos, prestar apoio nas perdas sucessivas e processo de luto vivenciado pelo cliente/família/cuidador, identificar situações problemáticas de exaustão e aplicar estratégias que diminuam o stresse e apoiem o cliente/família/cuidador nas tarefas de desenvolvimento do processo de fim de vida.

Para tornar mais visível o desenvolvimento desta competência redigimos uma reflexão intitulada “O fim de Vida: Impacto na Família”. Nesta reflexão fazemos um paralelismo entre o vivenciado pela família retratada no filme *“Pela Minha Irmã”* de Nick Cassavetes (visionado no primeiro dia do Curso de Cuidados Paliativos), que teve um grande impacto em nós, as leituras que fizemos sobre a temática supracitada e os sentimentos que toda esta problemática despertou em nós.

“Pela Minha Irmã” é um filme com uma história inspiradora que relata o percurso de uma família na sua aprendizagem da aceitação da doença. Estudar esta temática fez-nos refletir sobre a nossa prática e capacidade para fazer a gestão de cuidados aos clientes em situações de fim de vida. Segundo Barbosa (2003, cit. por Pazes, Nunes & Barbosa, 2014) um “grande número de profissionais de saúde estão pouco preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano nos difíceis momentos que antecedem a sua morte” (p.96)

A morte é ainda um processo envolto em mistério, na verdade ninguém sabe o que acontece. Temos alguns relatos na primeira pessoa do que é ter uma doença terminal e do vivenciado por essas pessoas nos seus últimos dias, no entanto todos os relatos terminam com a morte. “No fundo, a morte continua a ser a mais desconhecida. Sabemos quando alguém está morto mas ignoramos o que é morrer, visto por dentro.” (Nunes, 2009, p.57)

Em situações de doença crónica grave progressiva, em que um elemento está constantemente doente, a família está sujeita a “...uma crescente tensão, tanto pelo risco de exaustão, como pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo.” (Jorge, 2001, p.25) Segundo Subtil (1995), nestas situações a família atravessa três fases distintas onde assume tarefas que se vão alterando: Fase da crise - nesta fase a família tem a tarefa de aprender a lidar com a dor, com a incapacidade,

com os sintomas da doença, criar um significado para a doença, aceitar as mudanças e ser capaz reorganizar-se com flexibilidade definindo objetivos futuros; Fase crónica – a família está habituada a viver com a doença; Fase terminal – nesta fase a inevitabilidade da morte é real e domina a vida da família. (Jorge, 2004)

Como enfermeiras assumimos o compromisso de, quando necessário, mobilizar os nossos conhecimentos e competências da área do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa objetivando a melhoria da qualidade de vida dos clientes/famílias a vivenciar uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, agindo em todas as dimensões para alívio do sofrimento, direcionando-os para o bem-estar possível.

5. Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Segundo o exposto em regulamento, o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem lecionado na ESS do IPS está orientado para “...as necessidades formativas nas áreas especializadas, a nível nacional e distrital...” e tem “...como meta contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e *práticos* da enfermagem médico-cirúrgica.” (Departamento de Enfermagem ESS, 2013, p.3). Para tal está organizado de acordo com o Decreto-lei 74/2006 que regulamenta a formação pós-graduada de enfermeiros para uma determinada área de especialização.

Este curso pretendia formar “...Mestres em Enfermagem que detenham um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Departamento de Enfermagem ESS, 2013, p.5).

Seguidamente iremos descrever como desenvolvemos as competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica utilizando como base de sustentação o Modelo para a Mudança Baseada na Prática Baseada na Evidência de Larrabee e Rosswurn. Estas autoras defendem que a qualidade dos cuidados está relacionada com a aplicação da prática baseada na evidência; e que os profissionais devem saber como obter, interpretar e integrar a melhor evidência de pesquisa possível com as características específicas de cada cliente e observações clínicas desenvolvidas. Os enfermeiros devem questionar continuamente a sua prática na procura pela sua otimização não podem depender exclusivamente da sua experiência, raciocínio fisiopatológico e de processos baseados em opinião; mas sim aprender a realizar pesquisas científicas, a avaliar criticamente os resultados da investigação e a efetuar análise. No desenvolvimento deste modelo as autoras concluíram que os profissionais de saúde precisam de habilidades e recursos para avaliar, sintetizar e difundir as melhores evidências em prática; os resultados dos clientes devem refletir uma disciplina específica e responsabilidade interdisciplinar; e a colaboração entre pesquisadores e profissionais dentro e entre as disciplinas irão reforçar a difusão de inovações práticas baseadas em evidências.

- **Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

A *United Kingdom Central Council for Nursing* (1996, cit. por Pires, Morais, Santos, Kock, Sardo & Machado, 2004) define Supervisão Clínica como a forma "...de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais." (p.5). Também Abreu (2004) refere que a supervisão é um processo de suporte e aprendizagem que possibilita o desenvolvimento de competências, assumir a responsabilidade pela prática e promover a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados, principalmente em situações clínicas complexas. Neste contexto a tomada de decisão em enfermagem assume-se como elemento fulcral, pelo que o enfermeiro deve estar provido de competências que lhe facilitem o diagnóstico e as intervenções a aplicar para cada situação de forma individualizada. Para tal, é-lhe exigida competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

Consideramos ter adquirido esta competência durante os estágios ao desenvolvermos de forma ajustada a supervisão de cuidados, analisando com regularidade a nossa praxis de forma a reduzir ao máximo o risco de complicações, promovendo práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade.

O desenvolvimento desta competência também está expresso na realização de um trabalho para o módulo Supervisão de cuidados da UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II; onde relatamos um caso clínico fictício centrado na problemática do cliente Testemunha de Jeová e que nos coloca perante problemas ético deontológicos de natureza difícil exigindo-nos uma reflexão conducente à resolução autónoma de enfermagem dentro de áreas específicas de atuação (Apêndice 21).

A necessidade da relação de ajuda aliada à tomada de decisão tendo em conta a prática de enfermagem num contexto complexo como o descrito no trabalho realizado obrigou-nos a mobilizar conhecimentos éticos, jurídicos e religiosos, não negligenciando as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, o modelo conceptual utilizado como base do processo de enfermagem e a CIPE.

Esta competência foi também desenvolvida no âmbito do PIS onde elaboramos e aplicamos um documento para garantir o consentimento informado, onde pedimos autorizações para desenvolver o projeto aos órgãos gestores da instituição, ao garantirmos a confidencialidade dos dados obtidos.

Demonstramo-nos gestoras deste projeto ao desenvolvermos a gestão de tempo e recursos para a sua concretização e demonstramos competências de supervisão com a aplicação da grelha de observação antes e depois de desenvolvermos as atividades planeadas.

- **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

A formação no contexto da ciência de enfermagem deve ser representativa “...de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade...”, a partir da qual os estudantes desenvolvem competências humanas e técnicas para a resolução dos desafios impostos na sua atividade profissional. (Carvalho, 2003, p.3)

Nóvoa (1988, cit. por Carvalho, 2003) defende que a formação, enquanto provedora de recursos teóricos e técnicos, deve incrementar nos estudantes a capacidade de mobilizarem os aportes adequados para a resolução de problemas em situações concretas. Segundo o mesmo autor, o sucesso do processo educativo assenta na “...capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente, aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente, aos apelos constantes de mudança. Já não se trata de adquirir conhecimentos exactos e definidos, mas de preparar para elaborar, ao longo de vida, um saber em constante evolução e aprender a ser.” (p.4).

Na formação o estudante deve ter o papel principal, pois é responsabilidade sua conduzir o processo educativo de acordo com as suas necessidades para atuar competentemente nas situações que surgem na sua prática diária. Segundo Neves (1996, cit. por Ferreira, 2001) a perspectiva “...do estudante como agente (mais do que como objecto ou sujeito) da sua própria formação, não só promove naquele o desenvolvimento dum pensamento crítico e reflexivo, mas também o leva a atitudes heurísticas que o conduzam à descoberta das próprias necessidades de aprendizagem” (p.10).

O desenvolvimento desta competência está refletido ao longo do percurso efetuado durante este curso de mestrado. Uma vez que, a realização de formação (exposta em capítulos anteriores neste relatório) foi uma constante assumindo-se como um aspeto fulcral na aquisição e aprofundamento de conhecimentos sobre as várias temáticas abordadas. Esta competência também foi demonstrada

ao longo das revisões bibliográficas realizadas e sustentadas pelos princípios da revisão sistemática da literatura.

- **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva e Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Ambas as competências foram desenvolvidas durante a realização dos projetos PIS e PAC, tal como nas atividades desenvolvidas na prestação de cuidados na UCPA. A nossa atitude como elemento da equipa foi sempre proactiva, no sentido da resolução dos problemas detetados. Lideramos os projetos que nos propusemos desenvolver, fundamentando a nossa atuação numa conceitualização teórica e demonstramos sempre uma atitude motivadora para a obtenção da colaboração da equipa. Assentamos a tomada de decisão no Modelo da Qualidade de June Larrabee, que orientou a nossa atuação na realização das atividades planeadas com o objetivo de prevenir riscos, promover um ambiente seguro e otimizar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

Os enfermeiros durante as várias atividades desenvolvidas na prestação de cuidados aos clientes têm que tomar inúmeras decisões. Neste processo podem ser influenciados, consciente ou inconscientemente, por diversos fatores que "...se tomados isoladamente podem resultar em decisões inadequadas." (Craig & Smyth, 2004, p.27)

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definem que o enfermeiro deve orientar as suas atividades autónomas utilizando uma abordagem sistémica e sistemática da tomada de decisão. "Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados." (OE, 2001, p.12).

Durante o desenvolvimento dos projetos na UCPA foi necessário tomar inúmeras decisões para garantir o seu sucesso e a concretização os objetivos delineados para prevenir riscos, promover um ambiente seguro e otimizar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

- **Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Desenvolvemos esta competência durante a realização do PIS e PAC, onde aplicamos a metodologia de projeto e cuja fundamentação teórica teve origem em estudos com evidências científicas e documentos normativos oficiais que orientaram os projetos para a obtenção de cuidados seguros e de qualidade.

Para Fortin (1999) a investigação científica é um processo que ao identificarmos um problema real permite-nos fazer a descrição, explicar e prever eventos. “ A investigação está estritamente ligada à teoria, dado que esta contribui para o seu desenvolvimento, quer seja para a produzir, quer seja para a verificar.” (p.15).

Segundo Nogueira (2005, cit. por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) “ a elaboração e a execução de um Projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação – acção que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto, uma produção intelectual” (p.24).

Na realização do projeto começamos por fazer o diagnóstico da situação (utilizando instrumentos para acolheita de dados e ferramentas de gestão) com a identificação de um problema da prática e definimos os objetivos e as estratégias aplicar para a sua resolução. Realizamos pesquisa baseada nos princípios da revisão sistemática da literatura sobre a temática do controlo da infeção e higienização das mãos.

Na fase final do projeto foi aplicada a grelha de observação utilizada na fase de diagnóstico e os dados obtidos revelaram um aumento significativo da adesão dos profissionais ao modelo dos “Cinco momentos” para a higienização das mãos; tendo-se revelado o projeto um contributo importante na qualidade dos cuidados prestados ao cliente internado na UCPA.

O enfermeiro incorpora na sua práticas os resultados da investigação que servem de orientação na tomada de decisão e na execução das intervenções do plano de cuidados. Neste sentido “...a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” (OE, 2001, p.12).

- **Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.**

Segundo a OE (2001), na “...procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” colaborando em várias áreas; entre as quais “...a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (p.18).

Para Benner (2001) a formação dos profissionais intenta “...promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeira adquira experiência.” (p.205). Para esta autora a os programas de formação deveria estar focados na importância de dotar os profissionais da competência de tomarem decisões clínicas em situações complexas, em vez de estarem dirigidos para a aprendizagem de procedimentos e de competências particulares.

Durante a realização do PIS e do PAC aquando do diagnóstico da situação foram identificados problemas na prestação de cuidados que tentamos colmatar realizando sessões formativas à equipa de enfermagem e AO da UCPA. As informações partilhadas com a equipa provieram da pesquisa bibliográfica, essencialmente da consulta de estudos científicos nas áreas de intervenção e de regulamentos e procedimentos estatais e institucionais orientadores das boas práticas.

Por forma a divulgar o PIS redigimos um artigo – Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção, onde relatamos o percurso realizado no desenvolvimento do projeto na UCPA com o objetivo de contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos e elaboramos o póster que ficou afixado no serviço.

6. REFLEXÃO FINAL

Como enfermeiros o nosso principal objetivo é prestar cuidados seguros e de qualidade ao nosso cliente. No entanto, a prestação de cuidados numa sociedade em constante evolução onde, a todo o momento, surgem novas técnicas de diagnóstico e tratamento com graus de complexidade diferentes exigem conhecimentos específicos e especializados e a formação constante dos profissionais.

Este relatório representa o diário do nosso caminho como estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que apesar de apresentar algumas “pedras”, foi percorrido com determinação. Baseamos a nossa prestação de cuidados e os projetos desenvolvidos nos pressupostos da Teoria da Qualidade de June Larrabee, com a qual nos identificamos nas áreas temáticas abordadas.

Os conceitos de “prestar cuidados” ou “cuidar” assumem, para Hesbeen (2000) o significado da “...atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde.” (p.10).

A OMS considera que para a prestação de cuidados de saúde de qualidade têm que estar presentes “...o elevado grau de excelência profissional; a eficiência na utilização de recursos; riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e obtenção de resultados de saúde.” (Anjos, 2007, p.33).

A DGS considera importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção. (DGS, 2010)

Para a realização do PIS, apresentado neste relatório, recorreremos à Metodologia de Projeto, cujas etapas foram respeitadas. Este projeto focou a problemática do controle da infeção, especificamente o modelo de higienização dos “Cinco Momentos”. Durante a sua realização verificamos um reconhecimento por parte da equipa prestadora de cuidados na UCPA da importância da higienização das mãos segundo o modelo já referido; o que se traduziu num

aumento das taxas de adesão à higienização das mãos obtidas através da observação dos comportamentos dos profissionais após a aplicação das estratégias planeadas.

Os objetivos delineados para o PIS foram atingidos e a sua realização permitiu-nos a ampliação de um conjunto de saberes que aplicados à prática irão certamente contribuir para uma prestação de cuidados de maior qualidade. Através deste projeto desenvolvemos, entre outras, a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Na realização deste projeto não esquecemos que “Um projecto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projecto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes.” (Brissos, 2004).

Como aspetos facilitadores do projeto consideramos o fato de, no geral, a equipa nos ter acolhido de forma positiva, demonstrando apoio e oferecendo ajuda na concretização dos objetivos; e o apoio das chefias que foi essencial à realização do projeto.

A realização do PAC teve como fio condutor o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica e Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação. Os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas foram dirigidas para o propósito de melhorar a qualidade de vida do cliente cirúrgico e aumentar a adesão dos profissionais às boas práticas. Em relação às atividades que ficaram por realizar devido à limitação temporal do curso propomo-nos dar continuidade aos projetos iniciados e atingir na totalidade os objetivos delineados inicialmente.

Na prestação de cuidados ao cliente em situação crónica e paliativa, a experiência de treze anos de atividade profissional, principalmente, na área do cliente cirúrgico não nos dotou das competências para lidar com clientes em situações de fim de vida. No entanto, quando ingressamos no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica abraçamos com entusiasmo a experiência de conhecer esta

problemática e refletir sobre ela. Frequentamos um curso sobre Cuidados Paliativos que me cativou logo no primeiro momento em que visualizamos um filme com o título *“My Sister’s Keeper”* e sobre o qual redigi uma reflexão sobre a temática - O fim de Vida: Impacto na Família.

Ao redigir esta pequena reflexão foi evidente que temos ainda algum percurso para fazer nesta área. No entanto, o primeiro passo foi dado e o processo já não pode ser interrompido. Fiquei a compreender melhor as famílias que enfrentam a doença terminal e a morte eminente de um familiar; mas pretendo continuar a pesquisar a fazer formação sobre esta área, consolidar os meus conhecimentos e as minhas competências para ajudar o cliente a vivenciar doença crónica ou situação de fim de vida, sabendo que estou a fazê-lo bem.

É também nossa preocupação influenciar o meu contexto profissional e sensibilizar os nossos pares para a importância de proporcionar cuidados congruentes com as necessidades efetivas dos clientes/famílias a vivenciar processos de fim de vida.

O enfermeiro especialista, independente da sua área de especialidade, age sobre quatro domínios comuns que se relacionam com a “...capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (OE, 2010, p.3). As competências específicas do enfermeiro especialista “...decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2010, p.3).

Este profissional ao obter o grau de mestre numa especialidade deve demonstrar: possuir e saber aplicar conhecimentos, capacidade de compreensão e capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares; capacidade de integrar conhecimentos; lidar com questões complexas, solucionar ou ajuizar quando a informação está limitada refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam ou condicionam essas soluções e esses juízos; capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas de forma clara sem ambiguidade; competências que lhe permitam desenvolver, de forma autónoma e auto-orientada, uma aprendizagem ao longo da vida. (Ministério da Educação e Ciência, 2013)

As experiências de estágio e a realização dos projetos (PIS e PAC) permitiu-nos desenvolver as competências referidas anteriormente; a reflexão constante sobre os conhecimentos adquiridos e

sobre a nossa prática (capacidades, aptidões, atitudes e comportamentos) foi um contributo essencial para otimizar a minha prática de cuidados ao cliente cirúrgico.

Os aportes teóricos lecionados durante o curso, a pesquisa bibliográfica e os cursos realizados foram contributos importantes e facilitadores da aprendizagem em contexto real, uma vez que, levaram-nos a refletir sobre a nossa prática como enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem e na necessidades de basear essa prática em bases científicas atuais para obter a excelência nos cuidados.

Perante o exposto anteriormente, pensamos ter atingido os objetivos propostos neste relatório, e fazemos um balanço positivo de todo o percurso desenvolvido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que nos orientou para a adoção das boas práticas e para a excelência nos cuidados de enfermagem.

7. REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- Anjos, T. (2007). QUALIDADE COMO FILOSOFIA DE GESTÃO. *Cuid'Arte*, Ano 1, N.º 0, 32-37.
- André, O. & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde – Satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica*, Ano 1(3).
- AORN – Association of PeriOperating Registered Nurses (2004). *Standards, recommended practices, and guidelines*. USA: AORN
- AESOP - Associação dos Enfermeiros de sala de Operações Portuguesas (2006). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: Da Filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Apóstolo, J.L.A. & Gameiro, M.G.H. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Revista Referência*, II.ª Série (n.º1-Dez), 29-38.
- Barbosa, A. & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Baptista, F. (2007). *Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho: Manual do Formador*. Lisboa: Delta Consultores e Perfil em Parceria.
- Beck, K.L. & Larrabee, J.H. (1996). Measuring patients perceptions of nursing care. *Nursing Management: The Journal of Excellence in Nursing Leadership*, volume 27(9).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brissos, M.A. (2004). O Planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 22(1), 43-45.

- Carvalho, R. (2003). Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores. Loures: Lusociência.
- Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2004). Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Ferreira, C.M. (2001). Formação Reflexiva em Ensino Clínico com Recurso à técnica de Espelhamento: Impacto na Satisfação dos Estudantes. *Pensar Enfermagem*, 5(2), 8-17.
- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). QUALIDADE EM ENFERMAGEM: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Loures: Lusociência.
- Larrabee, J.H. & Bolden, L.V. (2001). Defining Patient Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*. Aspen Publishers, Inc, Volume 16(1), 34-60.
- Lopes, A. & Nunes, L. (1995). Acerca da Triologia: Competências Profissionais, Qualidade dos Cuidados de Ética. *Nursing*, Ano 8, n.º 90/91, 10-13.
- Lynn, M.R, McMillen, B.J. & Sidani, S. (2007). Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research*, Volume 56(3), 159–166.
- Manley, K. & Bellman, L. (2003). Enfermagem Cirúrgica: prática Avançada. Loures: Lusociência.
- Neves, M. C. P. & Lima, M.. Bioética ou Bioéticas na Evolução das sociedades. Centro Universitário São Camilo (Brasil) em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética / Polo Açores. Coimbra: Edição Luso-Brasileira G.C. – Gráfica de Coimbra 2 – Publicações, Lda. (Portugal)
- Nunes, L. (2011). Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Ldt.

- Pazes, M.C.E, Nunes, L., & Barbosa, A. (2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV – nº 3 – nov./dez. 2014, 95-104.
- Ponte, J.P. (1998). *Projetos Educativos Matemática Ensino Secundário*; DES; Lisboa. p.229.
- Queirós, A.A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Scholarship*, Volume 31(4), Fourth Quarter 1999. Pp. 317-322.
- Ruivo, M.A; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJETO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos*, 15, 1-37.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2005). Capítulo 1: Introdução à Teoria de Enfermagem: Historia, Terminologia e Análise. Martha Raile Alligood e Ann Marriner Tomey, Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp. 3-14). (5ª ed). Loures, Portugal: Lusociência.

Eletrónicas

- Abreu, W.C. (2004). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade*. Recuperado a 12 de Dezembro de 2014 em <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Barbosa, L.R. (2010). *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidades de terapia intensiva neonatal*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, São Paulo. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php>.

- Barreto, R.A.S.S, Rocha, L.O., Souza, A.C.S., Tipple, A.F.V., Suzuki, K., & Bisinoto, S.A. (2009). Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, volume 11(2), p.334-340. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>.

- Boldreghini, S. & Larrabee, J. (1998). Difference in Nursing Documentation Before and After Computerization: A Pilot Study. *J Nurs Inform*, Volume: 2(1). Recuperado a 14 de Julho de 21014 em http://ojni.org/2_1/art1v2n1p1.html; http://ojni.org/2_1/art1v2n1p2.html; http://ojni.org/2_1/art1v2n1p3.html.

- Dicionário inFormal (2014). Recuperado de <http://www.dicionarioinformal.com.br/relat%C3%B3rio/> a 14 de Julho de 2014.

- Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção 25 de Março de 2009: Relatório. Recuperado a 2 de Maio de 2014 em www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?p/=&id=5514&access=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA A.

- Direção Geral da Saúde (2010). CIRCULAR NORMATIVA nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 e respetivo documento de apoio. In Portal da Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Controlo da Infecção. Recuperado a 8 de Abril de 2014 em www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?p/=&id=5514&access=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA A.

- Dilly, J. (2012). Meaningful Use Scholarly Project Synthesis Paper. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fjilly.weebly.com%2Fuploads%2F5%2F6%2F3%2F7%2F5637453%2Fj._dilly_mu_scholarly_project_synthesis_paper.docx&ei=ZqZnU9iUOYa50QXX2IGYBw&usg=AFQjCNGjRrUhHBEu3O4IMzcRsDYAtRJHYA&sig2=xsCZXEFXI50zeDJpgsuVuQ&bvm=bv.65788261,d.bGQ&cad=rja

- Figueiredo, R.M.S.A (2007). A pessoa em fim de vida no hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem. (Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A%20PFV%20no%20hospitalModelos%20de%20cuidados%20que%20emergem%20da%20documentao%20de%20enfermagem.pdf.

– Formação. Website consultado a 4 de Maio de 2015 em <http://formacao.fikaki.com/manual/metodos-tecnicas-pedagogicas/tipificacao-tecnicas/dramatizacao/>.

– ESS-IPS: Departamento de Enfermagem (Ano Letivo 2013/2014). Guia de Curso de 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 2º Semestre. Recuperado a 16 de Julho de 2014 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

– Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Recomendações Para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. In Portal da Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Controlo da Infecção. Recuperado a 2 de Maio de 2014 em www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?p/=&id=5514&acess=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA A.

– June Hansen Larrabee, PhD, RN. Website oficial sobre a autora. Consultado em 14 de Julho de 2014 em <http://junehansenlarrabee.info>.

– GrHealth: Convenient online referral. Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.grhealth.org/for-professionals/ContentPage.aspx?nd=2011>.

– IPS – ESS (2011). Departamento de Enfermagem: Guia de Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos. Recuperado a 28 de Fevereiro de 2015 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

– IPS – ESS (2013). GARDOC 2013: Referências Bibliográficas Norma APA. Recuperado a 28 de Fevereiro de 2015 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

– IPS – ESS (2013/2014). 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso 1º Semestre. Recuperado a 28 de Fevereiro de 2015 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

– IPS – ESS (2014/2015). 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso 3º Semestre. Recuperado a 2 de Outubro de 2014 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.

- IPS – ESS (2014/2015). 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia para a elaboração do relatório de Trabalho Projeto/Estágio. Recuperado a 31 de Janeiro de 2015 em <http://moodle.ess.ips.pt/>.
- Larrabee, J. (1996). Emerging model of quality. *The journal of nursing scholarship*, Volume 28(4). P.353-358. Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8987284>.
- Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-Lei n.º115/2013: Mestrado. Consultado a 23 de Fevereiro de 2015 em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>.
- Nascimento (2011). Higienização de Mãos: Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS. In Proqualis: Aprimorando as práticas da saúde. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://proqualis.net/aula/higieniza%C3%A7%C3%A3o-de-m%C3%A3os-preven%C3%A7%C3%A3o-das-infec%C3%A7%C3%B5es-relacionadas-%C3%A0-assist%C3%A2ncia-%C3%A0-sa%C3%BAdade-iras#.VN5eVeasVU8>
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21-04*. Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Consultado a 22 de Fevereiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código deontológico (inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 11/2009 de 16 de Setembro) Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (Proposta apresentada pelo conselho diretivo a 5 de Maio de 2010 e aprovado na assembleia geral de 29 de Maio de 2010). Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Aprovado por unanimidade na assembleia geral extraordinária de 20 de Novembro de 2010). Consultado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Aprovado por unanimidade na assembleia geral extraordinária de 22 de Outubro de 2011). Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crónica e paliativa (Aprovado por unanimidade na assembleia geral extraordinária de 22 de Outubro de 2011). Recuperado a 15 de Janeiro em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.

- Pires, R.M., Morais, E.J., Santos, M.R., Kock, M.C., Sardo, M.D. & Machado, P.A.P. (2004). *Supervisão Clínica de alunos de Enfermagem*. Revista sinais vitais (58), 5-15. Recuperado a 12 de Dezembro de 2014 em: http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=252%3Arevista-no-54-maio-2004&catid=92%3Arevistas-2004-e-2005&Itemid=147&limitstart=4

- Priberam Informática, S.A. (2013). Dicionário. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=projecto>.

- Rosswurm, M.A., & Larreebee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice [Clinical Scholarship]. *Journal of Nursing Scholarship - Sigma Theta Tau International*. Volume 31(4), Fourth Quarter 1999, pp 317-322. Consultado a 13 de Fevereiro de 2015 em https://www.academia.edu/1440199/A_Model_for_Change_to_Evidence_Based_Practice.

- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Dissertação apresentada). Universidade de Aveiro, Portugal. Recuperada a 14 de Julho de 2014 em http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf.

- Silva, D.M. & Batoca, E.M.V. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium27/13.htm>.
- WILLIAMS, D.E. (2012). Closing of the Elective Surgery Schedule. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdeborahwilliams.weebly.com%2Fuploads%2F5%2F9%2F2%2F5%2F5925337%2Fscholarly_project_synthesis_paper.docx&ei=3LdnU9bXG6mc0AXwjlGoCg&usg=AFQjCNEzVajOF4umce81wmiri0_QYjLMMw&sig2=2g6vQLvOm3Jlbju19wYU9g&bvm=bv.65788261,d.bGQ.
- World Health Organization (2009). World Alliance for Patient Safety: Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Genebra. Recuperado a 14 de 2014 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.

ANEXOS

Anexo 1

Formulário de Observação da Prática de Higiene das Mãos



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
-----	--	--------	--	--------------------	--

Observador		Período N°		Serviço/Departamento	
Data (dd.mm.aaaa)		Sessão N°		Enfermaria	
Hora de início/fim (hh:mm)		Formulár. N°			
Duração da sessão (mm)					

Cat. Profissional Código	Cat. Profissional Código	Cat. Profissional Código	Cat. Profissional Código
Número	Número	Número	Número

Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Frioção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Anexo 2

Autorização do Projeto

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "Prevenção e controlo de infeção – Higienização das mãos"	<i>Autorizado</i>
AUTOR (ES)	Marta Filipa Sebastião Estêvão	
		Enfermeira Directora
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Elsa Monteiro (IPS-ESS) / Enf.ª Teresa Anjos	
SERVIÇO		
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	<p>No âmbito do Projeto 'Higienização das Mãos – Uma precaução básica na prevenção da infeção', é proposto a realização de um diagnóstico de situação sobre a prática de higienização das mãos, modelo dos '5 momentos', dos enfermeiros e assistentes operacionais da Bloco Operatório II/UCPA.</p> <p>Para tal é pedida autorização para aplicação de uma grelha de observação, esta é utilizada no apoio à Campanha de Higiene das Mãos 'Medidas simples salvam vidas' desenvolvida pela Direção Geral de Saúde.</p> <p>Não são solicitados dados pessoais e é assegurado o respeito por princípios éticos, como: consentimento livre e informado, confidencialidade e anonimato.</p>	
OBSERVAÇÕES	Feito contacto prévio com a Comissão de Controlo de Infeção.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por:	
DOCUMENTAÇÃO ANALISADA	Documentos analisados: Pedido de autorização à Direção Enfermagem / Termo de responsabilidade da estudante e Orientador pedagógico / Autorização da Diretora Serviço / Autorização da Enfermeira Chefe do Serviço / Grelha de Observação / Consentimento Informado / CV do estudante	
Considera-se não existirem razões que impeçam a autorização solicitada.		
		SGF – Área de Enfermagem



[Handwritten signature]

Anexo 3

Folha de Avaliação das Formações/Formadores

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação:

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica de Combate à Infecção

Nome (s) do (s) Formador (s): Marta Estêvão

Serviço: Bloco Operatório II / UCPA do [REDACTED]

Data: 22/01/2015

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação:

Combate a Incêndios

Nome (s) do (s) Formador (s): Marta Estêvão

Serviço: Bloco Operatório II / UCPA do XXXXXXXXXX

Data: 22/01/2015

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Anexo 4

Certificados das Formações Assistidas

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec.Reg.n.º35/2002, de 23 de Abril)

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

SERVIÇO DE FORMAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL
Processo de Acreditação n.º 082/29-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07/2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

Certifica-se que a Exma. Sra. Enfermeira,

Marta Filipa Sebastião Estêvão,

Natural de Palmela, nascida a 23-08-1978, com Nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino e portadora do C.C. N.º:11360641, emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, válido até 09-02-2015, Concluiu Com Aproveitamento, como FORMANDA, nos dias 09, 11 e 12 de Dezembro de 2014, com um total de 15 horas, o Curso de Formação Profissional:

"Cuidados Paliativos"

Barreiro, 16 de Dezembro de 2014

Responsável pela Entidade Formadora



Rogério Barroso

Certificado N.º 85/2014



REPUBLICA PORTUGUESA
12 de Outubro de 2014



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu




Um olhar reflexivo sobre o (in)visível
Intervenção partilhada de enfermagem

Certificado

Certifica-se que, Marta Filipa Sebastião Estêvão participou nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - "Um olhar reflexivo sobre o (in)visível | Intervenção partilhada de enfermagem", que decorreram nos dias 27 e 28 de novembro de 2014, no Fórum Municipal Luísa Todi - Setúbal.

Setúbal, 28 de novembro de 2014

A Comissão Organizadora


JORNADAS DE ENFERMAGEM
Centro Hospitalar de Setúbal
R. Camilo Castelo Branco,
2910 - 446 SETÚBAL

27 | 28 ²⁰¹⁴
novembro

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

Rua Camilo Castelo Branco, nº. 140/2910-446 – SETÚBAL
NIPC-507606787

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARTA FILIPA SEBASTIAO ESTEVAO*, natural de *PALMELA*, nascido/a a *23-08-1978*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTÃO DE CIDADÃO*, nº *11360641*, válido até *09-02-2015*, concluiu, com aproveitamento em *09-10-2014*, o Curso de Formação:

DIGNIDADE EM FIM DE VIDA

Que decorreu de *09-10-2014* a *09-10-2014*, com a duração de *6* horas.

Setúbal, *17-10-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação


Maria Paula Rodrigues

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant' Iago do Outão

Rua Camilo Castelo Branco, nº. 140/2910-446 – SETÚBAL
NIPC-507606787

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *MARTA FILIPA SEBASTIAO ESTEVAO*, natural de *PALMELA*, nascido/a a *23-08-1978*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTÃO DE CIDADÃO*, nº *11360641*, válido até *09-02-2015*, concluiu, com *aproveitamento* em *29-09-2014*, o Curso de Formação: *FORMAÇÃO OBRIGATÓRIA NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA QUALIDADE - 12* com a duração de *15* horas.

Estrutura Curricular

Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações	Horas
Módulo I - Plano de Emergência Interno - CGR	4
Módulo II - Suporte Básico de Vida - SBV	4
Módulo III - Controlo de Infecção - CCI	3
Módulo IV - Saúde e Segurança - SSO	4

Observações: Os Módulos prevêem momentos de avaliação formativa.

Setúbal, *12-12-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação


Maria-Paula Rodrigues

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a Sr.^a Enfermeira Marta Filipa Sebastião Estêvão é coautora do poster intitulado:

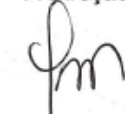
"Plasma Rico em Plaquetas"

publicado na Revista Cuid'arte – Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., N.º 11, na página 22.

Por ser verdade, passamos esta declaração que se data e assina.

Setúbal, 13 de Agosto de 2014

A Direção



Olga Ferreira

Declaração RE n.º 008/2014
ZC/SGF

APÊNDICES

Apêndice 1

Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Informado

Caro colega:

Eu Marta Filipa Sebastião Estêvão, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Setúbal, pretendo desenvolver um projeto de intervenção em serviço na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos do Bloco Operatório [REDACTED], no âmbito da Prevenção e Controlo da Infecção subordinado ao tema “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção”, inserido no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica sob orientação de Enf.ª Teresa Anjos (Enfermeira Orientadora) e Prof. Elsa Monteiro (docente da ESS do IPS). Para tal, torna-se crucial a sua autorização para que se deixe observar na sua prática no que se refere à higienização das mãos. A sua participação é crucial e as observações recolhidas são estritamente confidenciais na medida que os seus resultados serão codificados e somente utilizados neste projeto. Como tal, a sua participação será voluntária, e caso o entenda poderá interrompê-lo a qualquer momento. A observação irá realizar-se no período de 12 a 16 de Maio de 2014 e apenas serão observados os profissionais que assinarem a folha de consentimento.

Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Marta Estêvão

Depois de ler as explicações acima referidas, declaro que:

Aceito submeter-me à observação.

Apêndice 2

Análise SWOT

Análise SWOT

A utilização da ferramenta de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) permitiu-me esclarecer aspetos relacionados com a implementação do projeto, definir estratégias eficazes explorando todas as oportunidades do ambiente, minimizar as ameaças e controlar os pontos fracos, para a concretização dos objetivos. Para atingir os objetivos será necessário intervir nos pontos fracos e eliminar as ameaças com o apoio dos pontos fortes e aproveitando as oportunidades. Esta análise irá acompanhar todo o projeto como orientação e poderá ser reformulada no final para a avaliação das estratégias desenvolvidas.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<p>A existência de elementos da equipa motivados e que reconhecem a importância da higienização das mãos;</p> <p>Apoio da coordenadora de enfermagem do serviço para a implementação do projeto;</p> <p>Apoio da diretora do BO para a implementação do projeto;</p> <p>Apoio da Comissão de Controlo e Prevenção da Infecção da organização onde será desenvolvido o projeto.</p>	<p>Alguns elementos da equipa desmotivados;</p> <p>Resistência à mudança;</p> <p>Informação pouco atrativa e visível acerca da técnica da higienização das mãos;</p> <p>Inexistência de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em algumas unidades de clientes;</p>
Oportunidades	Ameaças
<p>Disponibilidade para realizar formação nesta área.</p>	<p>Aumento de custos para a organização com a aquisição de suportes para o SABA</p>

SWOT

Apêndice 3

Cronograma do PIS

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - PIS

[illegible]

Apêndice 4

Imagem para o Ambiente de Trabalho do Computador da UCPA



Apêndice 5

Slides Formação “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica
na Prevenção da Infecção”

3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Médico-Cirúrgica II

*** Higienização das mãos:**
Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Realizado por:
Marta Estêvão

Orientado por:
Prof.ª Elsa Monteiro
Enf.ª Teresa Antjos

Janeiro 2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Objetivos:

- Apresentar o projeto "Higienização das Mãos: Uma precaução Básica na Prevenção da Infecção" à equipa de enfermagem e assistentes operacionais.
- Formar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo conceitual dos "Cinco Momentos".

Berta Pinheiro
3º Curso de licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

2

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

A infecção é uma complicação frequente dos cuidados de saúde, com grande impacto no cliente e nos serviços de saúde. Esta complicação é evitável com adoção de precauções básicas e com o cumprimento de procedimentos simples mas bastante eficazes.

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e eficazes na redução da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS).

IACS são as infeções adquiridas durante a hospitalização e que não estavam presentes no momento da admissão do cliente na instituição de saúde.

Berta Pinheiro
3º Curso de licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

3

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da "World Alliance for Patient Safety", lançou o desafio "Clean Care is safer Care".

Portugal aderiu a esta campanha em 2008.

Foi estipulada uma estratégia multimodal com cinco componentes fundamentais (mudança no sistema; formação/educação; observação e informação de retorno; lembretes nos locais de trabalho e cultura institucional de segurança) e definido o modelo conceitual dos "Cinco Momentos" para a higienização das mãos.

Berta Pinheiro
3º Curso de licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

4

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Local de Prestação de Cuidados

DOENTE

Fluido orgânico

Berta Pinheiro
3º Curso de licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

5

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Modelo Conceitual dos "Cinco Momentos"

Berta Pinheiro
3º Curso de licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

6

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção

Os nossos dados de adesão:

Resultados relacionados com a adesão por momento	UCPA Maio 2014	CHS 2013
Antes do contato com o doente	29%	48,3%
Antes de procedimentos limpos/asépticos	66,7%	56,5%
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	89,2%	69,9%
Após contato com o doente	66,7%	65,2%
Após contato com o ambiente envolvente do doente	41,9%	59,7%

Resumo de dados de adesão por 111 CHS, monitorizados no âmbito do projeto de melhoria da prática.

Centro Hospitalar
7º Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção

O PROJETO:

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção.

Serviço: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

Objetivo Geral: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos.

Atividades: Formar a equipa através de sessão de formação, poster e sinalética sobre o modelo dos "Cinco Momentos" para a higienização das mãos.

Centro Hospitalar
7º Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção

Vamos aumentar a taxa de adesão.

Vamos prestar cuidados seguros.

Vamos higienizar as mãos de acordo com o modelo dos "Cinco Momentos".

A mudança está nas nossas mãos.

Centro Hospitalar
7º Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção

DUVIDAS?

Centro Hospitalar
7º Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

20-02-2015

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção de Infecção

Referências Bibliográficas:

«Comissão de Controlo de Infecção (CCI) (2014). Documentos de apoio ao programa de melhoria da higienização das mãos.

«DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). Circular normativa nº 13/DG5/DSD de 14/06/2010 e respetivo documento de apoio.

«DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2014). Programa Nacional para a prevenção e controlo de infeção e resistência aos Antimicrobianos. Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos.

Centro Hospitalar
7º Centro de Especialidade em Doenças Infecciosas e Parasitárias

20-02-2015



Apêndice 6

Guião para cenas de *Role-Playing*



ROLE-PLAING

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – MODELO DOS “CINCO MOMENTOS”

**3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Estágio III**

Elaborado por:
Marta Estêvão

Orientado por:
Prof.^a Elsa Monteiro
Enf.^a Teresa Anjos

Janeiro 2015

Siglas e Abreviaturas:

AO – Assistente Operacional

Enf. – Enfermeiro

EV - Endovenosa

████████████████████████████████████████

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

TA – Tensão Arterial

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Sumário:

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
1. <u>CARATERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE ROLE-PLAYING</u>	5
1.1. <u>MEIOS INTERVENIENTES</u>	6
2. <u>CONTROLO DO EXERCÍCIO</u>	7
3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	8

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, propôs-me a realizar situações de *role-playing* com o objetivo de complementar a ação de formação subordinada ao tema Higienização das mãos: Uma precaução Básica na Prevenção da Infecção e proporcionar uma componente prática que considero facilitar o processo de aprendizagem da equipa que presta cuidados ao cliente internado na UCPA.

Este exercício será uma oportunidade de adquirir competências específicas do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da prevenção e controlo da infeção, contribuir para a adesão dos profissionais à higienização das mãos e diminuir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Pelo que foi planeado e desenvolvido o presente exercício, com o contributo do elemento da Comissão de Controlo da Infecção, assim como dos profissionais do UCPA do [REDACTED].

1. CARATERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE ROLE-PLAYING

As situações de role-playing ou dramatizações a desenvolver consistem na encenação de quatro situações de prestação de cuidados por duas ou mais pessoas, onde os “atores” realizam a higienização das mãos de acordo com a sua interpretação do modelo dos “cinco Momentos”. Estas situações são hipotéticas mas representativas da realidade e serão seguidas de momentos de discussão sobre se o modelo para a higienização das mãos foi respeitado ou não.

Tobase, Gesteira & Takahashi (2007) defendem que “...através da dramatização, os alunos vivenciam uma experiência ímpar, percebendo a importância dos elementos teóricos, a necessidade permanente de atualização científica ao desenvolver atividades de educação e promoção da saúde, e identificar, dentro da individualidade de cada cliente ou comunidade, qual a maneira adequada de promover uma abordagem contextualizada.”.

Situação 1

Uma enfermeira reposiciona a braçadeira da TA e posteriormente faz a administração de terapêutica EV, no mesmo cliente.

Discussão

Situação 2

Uma enfermeira faz o registo dos sinais vitais a 4 clientes diferentes.

Discussão

Situação 3

Assistente operacional coloca a dispositivo para suporte da roupa da cama a um cliente e posteriormente muda os lençóis da cama de outro cliente.

Discussão

Situação 4

Enfermeira e assistente operacional rececionam um cliente na UCPA.

Discussão

1.1. MEIOS INTERVENIENTES

Os únicos meios internos a mobilizar será a própria equipa multidisciplinar da UCPA. O exercício não irá interferir com o normal funcionamento do serviço e do próprio hospital (uma vez que será realizado fora do horário de funcionamento do serviço) não implica a necessidade de mobilizar meios externos ao serviço do UCPA. No entanto, será contactado o gabinete da CCI para se proceder ao convite da enfermeira responsável para assistir à formação.

2. CONTROLO DO EXERCÍCIO

O controlo da atuação dos diversos intervenientes no exercício será efetuado pela formadora que conduzirá as situações e os momentos de discussão.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

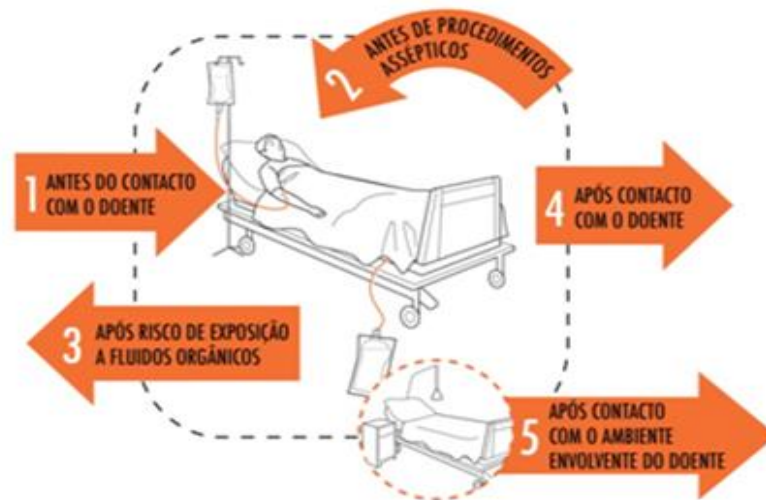
- Tobase, L., Gesteira, E.C.R. & Takahashi, R.T. (2007). Revisão de literatura: a utilização da dramatização no ensino de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 9 (1). p. 214-228. Consultado a 5 de Janeiro de 2015 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a17.htm>.

Apêndice 7

Memórias de Bolso



Os seus 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Adaptado das imagens da Campanha de Higiene das Mãos da DGS – Elaborado por: Marta Estêvão (estudante do 3º MEFIC) – Orientado por: Prof.ª Elsa Monteiro/Enf.ª Teresa Anjos

Fricção Anti-séptica das mãos



Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



As palmas das mãos com dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.



Apêndice 8

Plano da Sessão “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica
na Prevenção da Infecção”

Plano da Sessão

Curso	3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção.
Professora Orientadora	Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora	Teresa Anjos
Formadora	Marta Estêvão
População Alvo	Profissionais da UCPA do BOII do [REDACTED]

Data	22/01/2015
Local	BOII do [REDACTED]
Duração	45 min

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto “Higienização das Mãos: Uma precaução Básica na Prevenção da Infecção” à equipa de enfermagem e assistentes operacionais. • Formar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da sessão • Objetivos 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção e IACS 	Expositivo	Portátil PowerPoint	1 min

			Data show	
	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha de Higienização das Mãos 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	1 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Local de prestação de cuidados • Modelo conceitual dos “Cinco Momentos” 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	8 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de adesão do serviço • Apresentação do projeto 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	4 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas • Bibliografia 	Expositivo Participativo	Portátil PowerPoint Data show	2 min
Sessões de <i>role-playing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Simulacro de evacuação em caso de incêndio. 	Prático	Cartões identificativos dos participantes. Ficha de clientes (figurantes) evacuados.	25 min
Avaliação da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição da folha de avaliação da sessão. 		Folhas de avaliação Esferográfica	3 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento das folhas de avaliação. 	Escala de Likert		
	<ul style="list-style-type: none"> • Recolha das folhas de avaliação da sessão. 			

Apêndice 9

Cartaz Informativo da Sessão “Higienização das Mãos: Uma
Precaução Básica na Prevenção da Infecção”



IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO:

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Serviço: Bloco Operatório II / UCPA do [REDACTED]

Data: 22/01/2015

Hora: 16:00 h

Local: Bloco Operatório II / UCPA do [REDACTED]

População Alvo: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

Objetivos:

- Apresentar o projeto "Higienização das Mãos: Uma precaução Básica na Prevenção da Infecção" à equipa de enfermagem e assistentes operacionais.
- Formar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo conceitual dos "Cinco Momentos".

Programa: Apresentação de uma sessão de formação sobre Higienização das Mãos: Precaução Básica na Prevenção da Infecção.

Formador: Marta Estêvão, estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientadores: Prof.ª Elsa Monteiro e Enf.ª Teresa Anjos

Apêndice 10

Relatório de Estágio de Observação na CCI



RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE OBSERVAÇÃO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

**3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Estágio III**

Elaborado por:
Marta Estêvão

Orientado por:
Prof.^a Elsa Monteiro
Enf.^a Teresa Anjos

Dezembro 2014

Abreviaturas:

Enf.^a – Enfermeira

Siglas:

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral de Saúde

PIS – Projeto Intervenção em Serviço

POPCI – Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção

VE – Vigilância Epidemiológica

Sumário:

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
1. <u>CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO</u>	5
2. <u>DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</u>	10
3. <u>REFLEXÃO</u>	12
4. <u>REFERÊNCIAS</u>	13

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do Projeto de Intervenção em serviço (PIS), em fase de implementação na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, realizamos um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) da instituição CHG, que decorreu nos dias 6 e 7 de Outubro de 2014, num total de 16 horas, sob a orientação da Enfermeira (Enf.^a) F.B..

Com este estágio pretendemos compreender o funcionamento da CCI da instituição CHG e a aquisição de conhecimentos na área do controlo de infeção, principalmente sobre a temática da higienização das mãos e sobre a campanha da Direcção Geral de Saúde (DGS) “Mãos Limpas Salvam Vidas”. Pretendemos, também, com este estágio desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, especificamente para a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Para tal, definimos os seguintes objectivos:

- ✓ Conhecer o funcionamento da CCI do CHG;
- ✓ Conhecer as funções da enfermeira da CCI;
- ✓ Conhecer a campanha da DGS “Mãos Limpas Salvam Vidas” implementada em 2008;
- ✓ Recolher material de apoio ao PIS a desenvolver.

Este relatório tem o objectivo de relatar as actividades desenvolvidas, as competências adquiridas e de que forma estas foram um contributo para o desenvolvimento do PIS; e é constituído por três principais capítulos: no capítulo 1 faremos a descrição da CCI; no capítulo 2 relataremos as actividades desenvolvidas durante o estágio e no capítulo 3 terminaremos com uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

1. CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

A CCI do CHG foi criada em 1996 e por definição é caracterizada por uma equipa multidisciplinar, apoiada pelos órgãos de gestão, que tem por missão planear, implementar e monitorizar um Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção (POPCI), de acordo com as directivas ministeriais, nacionais e regionais.

A CCI do CHG é constituída por médicos e enfermeiros de ambos os hospitais que fazem parte do CHG. No entanto, apenas um enfermeiro exerce funções a tempo inteiro na CCI. Esta possui, também, um Núcleo Executivo cuja responsabilidade é a elaboração, coordenação e organização do POPCI; um Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo que presta apoio ao Núcleo Executivo na aplicação dos programas e actividades desenvolvidas e um Núcleo de Membros Dinamizadores dos Serviços que transmitam as informações e replicam as formações nos próprios serviços. A CCI, também, usufrui de apoio administrativo através de uma Assistente Técnico-Administrativa a tempo inteiro. Fomos informadas que esta equipa se encontra em reestruturação.

A CCI possui um espaço próprio para desenvolver as suas acções, que vão de encontro ao objectivo de “Prevenir e implementar as acções necessárias para identificar e reduzir o risco de infecções entre doentes, profissionais e visitantes, diminuindo as taxas de infecção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável.”.

(Regulamento da CCI, 2011)

As actividades da CCI estão regulamentadas e desenvolvem-se em quatro áreas essenciais: a vigilância epidemiológica (as taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde registadas na instituição são um indicador de qualidade dos cuidados); recomendações de boas práticas (editar procedimentos sobre recomendações de boas práticas); avaliação das práticas de controlo da infecção (realização de auditorias); formação e informação (a formação engloba as várias áreas temáticas da prevenção e controlo da infecção). (Política de Controlo da Infecção, 2011)

A CCI tem como funções gerais: “a) Elaborar o Plano de Acção da CCI de acordo com o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção Nacional e implementar um sistema de avaliação das acções empreendidas; b) Implementar

políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infecção, e monitoriza-las através de auditorias periódicas. Proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidencia que o justifiquem; c) Conduzir a Vigilância Epidemiológica (VE) de acordo com os programas preconizados pelo PNCI e as necessidades do (...); d) Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efectiva prevenção; e) Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos; f) Colaborar com o Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde; g) Proceder, em articulação com o Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e a Comissão de Gestão de Risco, à avaliação do risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado; h) Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras, a fim de garantir a adequação à prevenção das IACS; i) Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras acções e estratégias de sensibilização; j) Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a nível nacional e internacional.” (Regulamento da CCI, 2011)

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade na CCI tem como funções:

Funções Gerais

- Assegurar a gestão diária das atividades inerentes à implementação de todas as ações a desenvolver pela CCI em articulação com Coordenador da CCI e com o CA;
- Elaborar os Planos de Ação e os Relatórios de Atividades em colaboração com Coordenador da CCI;
- Identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação para as boas práticas;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional;

- Fazer consultadoria e dá apoio na área do controlo de infeção;
- Gerir os processos de recolha e divulgação de bibliografia atualizada.

Na Área da Vigilância Epidemiológica

- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de VE propostos pela DGS e outras ações de VE consideradas necessárias na instituição de saúde;
- Colaborar na deteção e investigação de surtos de infeção em articulação com os restantes membros da CCI, assim como com os responsáveis das áreas intervenientes;
- Identificar necessidades de intervenção na área da VE e apresentar propostas para a sua implementação;
- Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas, aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Proceder á análise dos dados dos estudos de VE e outros e elaborar relatórios dos mesmos es articulação com o coordenador da CCI e outros profissionais de apoio à CCI;
- Propor a utilização dos resultados dos estudos de VE na melhoria dos cuidados.

Na Área das Normas de Boas Práticas

- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção e orientar e supervisionar a sua divulgação;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações;
- Controlar e participar na revisão das normas.

Na Área da Formação

- Identificar anualmente as necessidades de formação na área da prevenção e controlo da infeção;
- Elaborar anualmente o plano de formação da CCI;
- Planear e desenvolver ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais;
- Desenvolver ações de formação para responder a necessidade específicas dos serviços;
- Participar nas ações de formação ou cursos como formado, em articulação com o Serviço de Gestão da Formação;
- Assegura, em articulação com o Serviço de Gestão da Formação, que todos os novos profissionais adquirem noções básicas de controlo de infeção.

Na Área das Auditorias:

- Elaborar anualmente o plano de auditorias em articulação com o Coordenador da CCI;
- Desenvolver ações para a implementação e cumprimento do plano de auditorias estabelecido;
- Executar auditorias;
- Elaborar relatório final e fazer a divulgação em articulação com o Coordenador da CCI;
- Avaliar as medidas corretivas implementadas.

Na Área da Consultadoria e Apoio:

- Colaborar em comissões de escolha;
- Apresentar anualmente as propostas da CCI para o projeto dos elementos dinamizadores;
- Avalia o impacto dos projetos desenvolvidos pelos elementos dinamizadores;

- Assessorar os Enfermeiros Chefes e Coordenadores nas atividades de gestão dos serviços no âmbito da prevenção e controlo da infeção através das seguintes ações:

- Colaborar na integração de práticas de controlo de infeção nos padrões de cuidados de enfermagem em articulação com os elementos dinamizadores;
- Colaborar na elaboração de pareceres;
- Facultar material de apoio. (Descrição de funções do enfermeiro da CCI, 2011)

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este estágio teve a duração de 16 horas e decorreu nos dias 6 e 7 de Outubro de 2014.

Dia 6/10/2014

No período da manhã foi-nos transmitida informação sobre o funcionamento da CCI, constituição da equipa e funções da enfermeira da CCI. Tive oportunidade de auscultar a sua opinião sobre o projeto que estamos a desenvolver no serviço (PIS), as nossas dúvidas foram esclarecidas e foi-me facultado material bibliográfico de apoio ao projeto.

No período da tarde iniciamos auditorias à triagem dos resíduos nos serviços de internamento com a enfermeira da CCI. Foi visível a sua função na área formativa durante as auditorias, uma vez que ao deparar-se com uma inconformidade a enfermeira da CCI aproveitava o momento para realizar formação informal aos elementos presentes no serviço. Também, foi visível a tentativa de responsabilizar e motivar os elementos dinamizadores dos serviços visitados. A enfermeira da CCI respondeu às suas dúvidas e disponibilizou-lhes apoio para desenvolveres as suas atividades junto das equipas.

Dia 7/10/2014

No período da manhã visitamos a área de armazenamento dos resíduos da instituição e foi-nos feita uma breve explicação do seu funcionamento. A enfermeira da CCI levou-nos ao local para efetuar o registo de uma inconformidade relatada pelo responsável e informá-lo das diligências a efetuar. De seguida levou-nos a visitar a morgue onde os profissionais têm uma queixa para relatar relacionada com a limpeza, foi feita o registo da queixa e depois a enfermeira mostrou-nos como fazer a averiguação se todos os procedimentos estão a ser cumpridos. Para tal, levou-nos ao local onde está localizada a

empresa de limpeza falamos com a responsável que mostrou-nos os procedimentos em vigor à data.

No período da tarde tive a oportunidade de receber mais informação para O PIS, especificamente, sobre a aplicação do formulário de observação e das regras de como realizar as observações da higienização das mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos”.

3. CONCLUSÃO

Este relatório representa o vivenciado durante os dois dias de estágio de observação na CCI do CHG. Foi uma experiência muito positiva e que se revelou de grande importância ao fornecer-nos aportes e dotar-nos de conhecimentos que foram imprescindíveis para o desenvolvimento do PIS.

Durante o estágio desenvolvi as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relacionadas com: Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados e Competências do domínio das aprendizagens profissionais; e desenvolvi a Competência específica (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Sendo assim, considero que os objetivos propostos para este estágio de observação foram atingidos.

4. REFERÊNCIAS

- Procedimento Política de Controlo da Infecção (2011)
- Procedimento Regulamento da Comissão de Controlo da Infecção (2011)
- Procedimento Descrição de Funções da Enfermeiro da Comissão de Controlo da Infecção (2011)

(informações das referências ocultas para garantir o sigilo)

Apêndice 11

Póster “Mãos: Cuidar em Segurança”

MÃOS: CUIDAR EM SEGURANÇA

3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autores: Marta Estêvão, Paula Araújo (Estudantes do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Professora Elsa Monteiro e Enfermeira Orientadora Teresa Anjos

Palavras-Chaves: mãos; higienização; adesão

Introdução: A infeção hospitalar é uma complicação real, sendo os profissionais de saúde os principais transmissores de microrganismos responsáveis pelas infeções adquiridas em meio hospitalar (DGS, 2010). Neste sentido a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010) determina, baseando-se nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a implementação do modelo conceptual dos "cinco momentos" para a higienização das mãos.

Objetivo: Melhorar a prática de higienização das mãos da equipa da UCPA do [REDACTED]

Metodologia: Observou-se a prática diária dos prestadores de cuidados ao cliente internado na UCPA, tendo-se aplicado uma grelha de observação da prática da higiene das mãos a enfermeiros e assistentes operacionais que prestam cuidados ao cliente internado da UCPA. Foram realizadas 4 sessões de observação e os dados obtidos estão representados na tabela comparativamente a dados institucionais de 2013 fornecidos pela Comissão Controlo de Infeção.

Resultados relacionados com a adesão por momento	UCPA Maio 2014	2013
Antes do contacto com o doente	20%	48,3%
Antes de procedimentos limpos/asséticos	66,7%	56,5%
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	88,2%	68,1%
Após contacto com o doente	66,7%	65,2%
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	41,9%	59,7%

Resultados/ Discussão: A leitura realizada dos dados recolhidos das observações realizadas na UCPA do [REDACTED] comparativamente aos dados institucionais permitem concluir que não existem grandes discrepâncias, exceto antes do contacto com o doente cuja adesão é 28,3% inferior e após o contacto com o doente cuja adesão é 17,8% inferior em relação à adesão no CHS; estes dados permitem comprovar que ainda muito se pode melhorar para atingir a excelência dos cuidados.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Conclusão: Consideramos de extrema importância apostar na formação/educação, e envolvimento de todos os órgãos de gestão institucionais de modo a contribuir para a adoção de comportamentos por parte da equipa de saúde que garantam a segurança e a qualidade dos cuidados.

Apêndice 12

Artigo “Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na
Prevenção da Infecção”

Higienização das Mãos: Uma Precaução Básica na Prevenção da Infecção

Hand Hygiene: A Basic Caution on Prevention of Infection

Marta Estêvão (1), Elsa Monteiro (2), Teresa Anjos (3)

- (1) Estudante do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- (2) Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
- (3) Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

RESUMO

É inegável que as mãos dos profissionais que prestam cuidados aos clientes representam o principal veículo de transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde, pelo que a higienização das mãos é uma precaução básica essencial para a prevenção da infeção e consequentemente garantir maior qualidade e segurança nos cuidados prestados. Este aspeto reveste-se de maior importância no cliente cirúrgico pela sua vulnerabilidade à infeção no pós-operatório, uma vez que, a integridade da sua pele não está garantida. Consciente desta problemática desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço com o objetivo de contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos.

Palavras Chave: mãos; higienização; adesão

ABSTRACT

It is undeniable that the hands of professionals who provide care to clients represent the main vehicle of transmission of infections associated with health care, so hand hygiene is an essential basic precaution to prevent infection and consequently increasing quality and safety in care provided. This aspect is of utmost importance in surgery patients to their vulnerability to infection postoperatively, since the integrity of their skin is not guaranteed. Aware of this problem we developed an intervention project in service in order to contribute to the prevention of infections associated with health care through good practice in hand hygiene.

Keywords: hands ; cleaning; adhesion

INTRODUÇÃO

Este artigo surge para relatar o percurso desenvolvido na implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O PIS foi desenvolvido respeitando a Metodologia de Projeto como técnica para estudar um problema real e mobilizar o conhecimento teórico aplicando-o à prática.

O projeto desenvolvido foi sustentado numa teoria de enfermagem e os conceitos definidos foram essenciais para a sua compreensão e para a determinação de um quadro de referência. Fortin (1999) defende que “O quadro de referência representa as bases teóricas ou conceptuais da investigação, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou prever relações entre eles. Qualquer investigação possui as suas próprias bases teóricas, que devem ser bem estruturadas e integradas no conjunto de estudo.” (p.89)

O modelo adotado para suportar o projeto foi o Modelo Teórico da Qualidade de June Larrabee, que tem por base a compreensão mundial da estrutura da qualidade dos cuidados de saúde. Centrando-se o projeto na problemática da prevenção e controle da infeção é lógico enquadrá-lo na temática da qualidade, uma vez que é um forte indicador da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Larrabee (1996) considera os clientes e seus familiares/prestadores de cuidados provedores na definição, na avaliação e obtenção da qualidade nos cuidados de saúde. O seu modelo assenta em conceitos como: valor, beneficência, prudência e justiça; que a autora relaciona com o conceito de qualidade. Esta não pode ser medida diretamente, tornando-se necessário avaliar através das perceções (do cliente e do enfermeiro) ou pelo cumprimento de um conjunto pré-estabelecido de padrões ou critérios.

Comissões científicas internacionais recomendam aos seus estados membros a avaliação da cultura de segurança com o objetivo de introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadores de cuidados de saúde para que se obtenham melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados de saúde. (DGS, 2009)

Em Portugal, as instituições prestadoras de cuidados têm vários programas de qualidade e segurança do cliente onde o enfermeiro assume uma posição de destaque quer pela proximidade em relação ao cliente como pelos conhecimentos que possui sobre as temáticas mais urgentes. Um desses programas é a Campanha Nacional de Higiene das Mãos da Direção Geral de Saúde (DGS). (DGS, 2010)

A infeção é uma complicação frequente dos cuidados de saúde, com grande impacto no cliente e nos serviços de saúde. Esta complicação é evitável com a adoção de precauções básicas e com o cumprimento de procedimentos simples mas bastante eficazes, como a higienização das mãos. (DGS, 2010)

O desenvolvimento da medicina e o prolongamento da idade média de vida são conquistas que, inevitavelmente, têm consequências. Os indivíduos vivem mais tempo, com maior probabilidade

de desenvolverem uma doença ou de sofrerem um internamento o que os irá expor a riscos de complicações, como a infeção.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são infeções adquiridas durante a hospitalização e que não estavam presentes no momento da admissão do cliente na instituição de saúde. As IACS “são as complicações mais comuns nos doentes hospitalizados e afetam principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea.” (DGS, 2009, p.1) Esta complicação é responsável pelo prolongamento hospitalar com os respetivos custos associados e pelo aumento da morbimortalidade.

Um dos maiores riscos para o cliente submetido a uma intervenção cirúrgica é a infeção da ferida operatória e o doente submetido a uma intervenção cirúrgica ortopédica tem fatores de risco acrescidos pelo fato da colocação, em tecido ósseo, de material de implante ser frequente. Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) “A alta rotatividade de pacientes, as diferentes intervenções cirúrgicas com graus de contaminação distintos e a possibilidade de isolamento de patógenos associados à assistência à saúde também em pele íntegra torna a higiene das mãos uma medida imprescindível para garantir a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes.” (Barreto, Rocha, Souza, Tipple, Suzuki, & Bisinoto, 2009, p.335)

Segundo o exposto no Plano Nacional de Controlo de Infeção da DGS (2010) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde.” (p.79)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através da *world Alliance for Patient Safety* no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*” tem produzido orientações e estratégias para o aumento da adesão dos profissionais à higienização das mãos. Este desafio foi lançado em 2005 e tem como objetivo principal “...reduzir a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros...” (DGS, 2010, p.5)

Portugal aderiu a esta campanha em 2008 através da estratégia multimodal que engloba cinco componentes fundamentais: mudança no sistema; formação/educação; observação e informação de retorno; lembretes nos locais de trabalho e cultura institucional de segurança. (DGS, 2010)

A higienização das mãos pode ser realizada de acordo com dois procedimentos: a lavagem das mãos com água e sabão (40 a 60 segundo) e a fricção, com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (20 a 30 segundos). Estes procedimentos devem ser realizados segundo o modelo concetual dos “Cinco Momentos” que determina as indicações/tempos para a higienização das mãos. A DGS (2010) estabelece como os “Cinco Momentos” para a higiene das mãos na prática clínica os seguintes:

- 6) Antes do contacto com o doente
- 7) Antes de procedimentos limpos/asséticos
- 8) Após risco de exposição a fluidos orgânicos
- 9) Após contato com o doente

10) Após contato com o ambiente envolvente de cliente.” (p.3)

Segundo a DGS (2010) “A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.” (p.4) Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos (em 2009), foi de 46,2%, subindo para 68% após a implementação das campanhas. Neste sentido é importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção. (DGS, 2010)

A realização do procedimento de forma incorreta é considerada uma não adesão e desta forma estamos a privar o cliente dos cuidados seguros e de qualidade a que tem direito, tal como, expresso no regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem (REPE) no seu artigo 4.º onde a enfermagem é definida como “...a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 1998) Também no Artigo 88.º do Código Deontológico surge expressa a preocupação com a qualidade, onde podemos ler que o enfermeiro tem o dever de procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício.

De seguida apresentaremos o projeto desenvolvido na UCPA do Hospital Y do CHG, que permitir-nos-á desenvolver, além de outras competências, a Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da situação é a etapa da metodologia de projeto que “implica primeiramente, a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades, na qual é importante identificar os percursos dos problemas e as consequências dos mesmos.” (Tavares, 1990 cit por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.11)

Este projeto foi desenvolvido na UCPA do Hospital Y do CHG, cujas atividades abrangem os cuidados prestados ao cliente na fase de pós-operatório imediato e recuperação anestésica das cirurgias relacionadas com as patologias de foro ortotraumatológico. Na UCPA prestam cuidados uma equipa de 22 enfermeiros (21 enfermeiros na prestação de cuidados e 1 enfermeiros com funções de gestão) e 11 assistentes operacionais.

Constatamos que a área da higienização das mãos é uma área de muito interesse pela representatividade na segurança dos cuidados prestados aos clientes, pelo que, foi decidido que seria a temática a abordar. O tema foi proposto através de uma entrevista exploratória à Sr.ª Enf.ª

Coordenadora que concordou com a importância de desenvolver um projeto nesta área. Para fundamentar a pertinência deste projeto consideramos, numa primeira fase, importante observar a prática diária dos profissionais e o seu comportamento enquanto prestam cuidados ao cliente internado na UCPA e, para tal, aplicamos um Formulário de observação da prática da higiene das mãos (elaborado como ferramenta de apoio à campanha Higiene das Mãos “Medidas Simples salvam Vidas” e adotado pela DGS) aos enfermeiros e assistentes operacionais que prestam cuidados ao cliente internado da UCPA. Foram realizadas 4 sessões de observação (com consentimento dos observados) e os dados obtidos, num total de 146 oportunidades, foram: 52,9% de adesão nos enfermeiros e 35,7% de adesão nos assistentes operacionais.

Em relação ao tipo de indicação para higiene das mãos (tendo em consideração que neste caso apenas conseguimos obter uma

ideia geral do comportamento do profissional face a cada tipo de indicação, uma vez que estes cálculos não refletem exatamente a adesão, porque o indicador da equação é o número de indicações

Momentos	% de Adesão Maio 2014
Antes do contato com o cliente	20,0%
Antes de procedimentos limpos/asséticos.	66,7%
Após risco a exposição a fluidos orgânicos.	88,2%
Após contato com o cliente.	66,7%
Após contato com o ambiente envolvente do cliente.	41,9%

Tabela 1: Percentagem de adesão por momento Maio/2014

ao invés de ser o número de oportunidades) os resultados obtidos são: 20% antes do contato com o doente; 66,7% antes de um procedimento assético; 88,2% depois de risco de exposição a fluidos corporais; 66,7% depois do contato com o doente e 41,9% após contato com o ambiente envolvente do doente (Tabela 1).

Com o objetivo de otimizar o projeto recorri à ferramenta de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) (Figura 1) que me permitiu esclarecer aspetos relacionados com a implementação do projeto, definir estratégias eficazes explorando todas as oportunidades do ambiente, minimizar as ameaças e controlar os pontos fracos, para a concretização dos objetivos.

<p>Pontos Fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> • A existência de elementos da equipa motivados e que reconhecem a importância da higienização das mãos; • Apoio da coordenadora de enfermagem do serviço para a implementação do projeto; • Apoio da diretora do BO para a implementação do projeto; • Apoio da Comissão de Controlo e Prevenção da Infecção da organização onde será desenvolvido o projeto. 	<p>Pontos Fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns elementos da equipa desmotivados; • Resistência à mudança; • Informação pouco atrativa e visível acerca da técnica da higienização das mãos; • Inexistência de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em algumas unidades de clientes;
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade para realizar formação nesta área. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de custos para a organização com a aquisição de suportes para o SABA.

Figura 1: Análise SWOT

Após todo este processo, consideramos ser detentoras da informação necessária para definir o seguinte problema: **“Pouca adesão à higienização das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.”**

A análise do problema identificado levou à definição dos seguintes problemas parcelares:

- Incumprimento da Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS.
- Falta de formação sobre a temática de higienização das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.

Considerando os problemas identificados delineamos o seguinte objetivo geral: **Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde através de boas práticas no âmbito da higienização das mãos.**

Por forma atingir o objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Formar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”.
- Elaborar póster sobre a lavagem e desinfeção das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.

PLANEAMENTO DO PROJETO

O Planeamento é fase da Metodologia de Projeto onde iremos planificar de forma detalhada as estratégias a desenvolver para que os objetivos delineados sejam atingidos. Para tal, é necessário fazer um plano sequencial das atividades e a sua calendarização através de um cronograma

Relativamente ao objetivo – **Formar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais sobre como higienizar as mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco momentos”.**

– planeamos a elaboração de um conjunto de slides sobre projeto a desenvolver no serviço, sessões *de role-playing* sobre o modelo concetual dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos e a construção de instrumentos informativos sobre a higienização das mãos. Como indicador de avaliação estipulamos a sessão formativa (divulgação, execução e avaliação) e a obtenção de uma taxa de 90% de pessoas formadas.

Relativamente ao objetivo – **Elaborar póster sobre a lavagem e desinfeção das mãos de acordo com o modelo concetual dos “Cinco Momentos”.** – planeamos a realização de um estágio na Comissão de controle da Infeção (CCI) da instituição CHG para apoio na elaboração dos conteúdos do poster a realizar. Como indicador de avaliação estipulamos o próprio póster.

EXECUÇÃO

A etapa da execução corresponde à concretização de tudo o que foi planeado. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010)

A primeira atividade desenvolvida foi a realização de frequência de sessão formativa da Comi de Controlo da Infecção sobre a campanha de higienização das mãos da DGS e sobre o Formulário de observação da prática da higiene das mãos; o que se revelou de extrema importância para nós, uma vez que, permitiu-nos a aquisição e atualização de conhecimentos e garantiu-nos que as informações transmitidas à equipa estavam de acordo com as últimas indicações da CCI.

Realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da Higienização das Mãos e consultamos vários artigos e documentos normativos (institucionais e governamentais).

Realizamos um momento formativo, onde apresentamos um conjunto de slides sobre os temas planeados e realizamos uma sessão de *role-playing*. Também, elaboramos uma imagem alusiva à Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador da UCPA e foram fornecidas memórias de bolso sobre a Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” e a técnica de fricção das mãos com a solução antisséptica de base alcoólica (SABA).

O póster foi elaborado como previsto com o tema “Mãos: Cuidar em Segurança”, onde incluímos as taxas de adesão à higienização das mãos por momento de Maio de 2014 e abordamos o modelo dos “Cinco Momentos”, ficou afixado junto à sala de pausa do serviço em área visível à equipa de enfermagem e assistentes operacionais.

Para a realização destas atividades foi necessário a realização de reuniões com a enfermeira coordenadora para calendarizar a formação sem prejudicar o funcionamento do serviço e plano de formação do ano em vigor, e para a obtenção de autorização para a implementação dos instrumentos informativos planeados.

Divulgamos antecipadamente o momento formativo a realizar afixando um cartaz. O plano da sessão foi sujeito à aprovação da Professora e da enfermeira orientadoras e foram efetuadas todas as alterações propostas.

AVALIAÇÃO

A avaliação deve contribuir para melhorar a relação de coerência entre o projeto e o problema, a eficácia da gestão dos recursos em consideração aos objetivos estabelecidos e otimizar as atividades desenvolvidas em relação aos resultados pretendidos. (Carvalho, A. & Diogo, F., 2001)

Em relação ao momento formativo, os enfermeiros e assistentes operacionais que assistiram demonstraram grande interesse e foram participativos nas sessões de *role-playing*. Da análise das folhas de avaliação concluímos que na generalidade os participantes ficaram satisfeitos com os conteúdos apresentados e na pertinência da sua aplicabilidade ao contexto de trabalho. Foi atingida uma taxa de frequência de 92,85% de profissionais da equipa de enfermeiros e

assistentes operacionais. Com o objetivo de formar os restantes elementos da equipe a enfermeira coordenadora propôs-nos repetir o momento formativo, que ficou agendado para o Outubro de 2015.

A imagem alusiva à Higienização das Mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos” para o ambiente de trabalho do computador do recobro foi aceite com entusiasmo pela equipa e a memória de bolso fornecida durante o momento formativo teve comentários bastante positivos da equipa, que a considerou muito útil.

O póster foi elaborado com o tema “Mãos: Cuidar em Segurança” foi considerado, pela equipa multidisciplinar do serviço, criativo e com conteúdos importantes para a sensibilização dos profissionais para a higienização das mãos de acordo com o modelo dos “Cinco momentos”.

Apesar das atividades planeadas terem sido cumpridas surgiram alguns constrangimentos, essencialmente, na programação do momento formativo para que não coincidisse com as sessões de formação em serviço já programadas.

No final do projeto foi aplicada novamente a grelha de observação adaptada pela DGS em 4 sessões de observação para percebermos se a campanha desenvolvida teve influência nas taxas de adesão. A equipa foi informada durante o momento formativo da data das observações e todos autorizaram a sua participação. O momento exato da observação não foi revelado para que os comportamentos não fossem influenciados pela presença do observador. Os dados obtidos foram bastante satisfatórios. Num total de 146 oportunidades, foram: 89% de adesão nos enfermeiros e 83,6% de adesão nos assistentes operacionais. Em relação ao tipo de indicação para higiene das mãos os resultados obtidos são: 70,2% antes do contato com o doente; 100% antes de um procedimento asséptico; 100% depois de risco de exposição a fluidos corporais; 100% depois do contato com o doente e 88,5% após contato com o ambiente envolvente do doente (Tabela 2).

Momentos	% de Adesão Janeiro 2015
Antes do contato com o cliente	70,2%
Antes de procedimentos limpos/assépticos.	100%
Após risco a exposição a fluidos orgânicos.	100%
Após contato com o cliente.	100%
Após contato com o ambiente envolvente do cliente.	88,5%

Tabela 2: Percentagem de adesão por momento Janeiro/2015.

DIVULGAÇÃO

A divulgação dos conhecimentos obtidos através do desenvolvimento de um projeto é essencial, uma vez que, “assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.31)

O projeto desenvolvido foi divulgado através do momento formativo realizado e de um póster que ficou afixado no serviço.

A elaboração deste artigo, também constitui uma forma de divulgação do projeto; tal como a elaboração do relatório de Trabalho de Projeto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CONCLUSÃO

Como enfermeiros o nosso principal objetivo é prestar cuidados seguros e de qualidade ao nosso cliente. No entanto, a prestação de cuidados numa sociedade em constante evolução onde, a todo o momento, surgem novas técnicas de diagnóstico e tratamento com graus de complexidade diferentes exige conhecimentos específicos e especializados e a formação constante dos profissionais.

Durante a realização do projeto verifiquei um reconhecimento, por parte da equipa prestadora de cuidados na UCPA, da importância da higienização das mãos segundo o modelo dos “Cinco Momentos”. No entanto, ainda se verificam que as taxas de adesão nos momentos “Antes do contato com o cliente” e “Após o contato com o ambiente envolvente do cliente” não são as ideais. Pelo que consideramos essencial a formação contínua dos profissionais com maior reforço para as áreas mais problemáticas.

A DGS considera importante que as unidades de saúde continuem a promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção. (DGS, 2010)

O desenvolvimento do PIS permitiu-nos a ampliação de um conjunto de saberes que aplicados à prática irão certamente contribuir para uma prestação de cuidados de maior qualidade.

Como aspetos facilitadores do projeto consideramos o fato de, no geral, a equipa nos ter acolhido de forma positiva, demonstrando apoio e oferecendo ajuda na concretização dos objetivos; e o apoio das chefias que foi essencial à realização do projeto.

REFERÊNCIAS

- Barreto, R.A.S.S, Rocha, L.O., Souza, A.C.S., Tipple, A.F.V., Suzuki, K., & Bisinoto, S.A. (2009). Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, volume 11(2), p.334-340. Recuperado a 14 de Julho de 2014 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>.
- Carvalho, A. & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. 4º ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: MANUAL PARA ENFERMEIROS*. Loures: Lusociência.
- DGS: Departamento da Qualidade (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção 25 de Março de 2009: Relatório. Recuperado a 2 de Maio de 2014 em www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?p/=&id=5514&acess=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAA

- DGS (2010). Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 e respetivo documento de apoio. In Portal da Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Controlo da Infecção. Recuperado a 8 de Abril de 2014 em www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?p/=&id=5514&acess=0&codigono=0038AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA.
- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação: Da cocepção à realização. Loures: Lusociência.
- Larrabee, J. (1996). Emerging model of quality. *The journal of nursing scholarship*, Volume 28(4). p.353-358. Consultado *Abstrat* a 14 de Julho de 2014 em <http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8987284>.
- Ruivo, M.A; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJETO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos*, 15, 1-37

Apêndice 13

Cronograma PAC

	Realização de frequência de Curso de Formação – “Dignidade em Fim de Vida”.								9 de Novembro de 2014		
	Realização de frequência de Curso de Formação Profissional – “Cuidados Paliativos”.									9,11 e 12 de Dezembro de 2014	

Apêndice 14

Procedimento Sectorial: Utilização do Aquecedor Corporal por
Convecção



Procedimento Sectorial

Utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000

UCPA [REDACTED]

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular Enfermagem II

Estágio III

Elaborado por:

Marta Estêvão

Orientado por:

Prof.^a Elsa Monteiro

Enf.^a Teresa Anjos

Janeiro 2015

1. Objetivo

Uniformizar o procedimento para a utilização do aquecedor corporal por convecção Equador ref. EQ – 5000, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) do Bloco Operatório [REDACTED]

2. Campo de Aplicação

Aplica-se a todos os enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO) que exercem funções na UCPA [REDACTED].

3. Siglas e Abreviaturas

AO – *Assistentes Operacionais*

BOII – Bloco Operatório II

CA – Conselho de Administração

[REDACTED]

[REDACTED]

Ref. - referência

UCPA – *Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos*

4. Referências

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Manley, K. & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- Manual do operador do Aquecedor por convecção Equador ref. EQ – 5000 (Número do componente 4533900-PT Ver. 007) da Smiths medical.
- CHKS: Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. Normas para a Acreditação, 4.^a edição, versão 01 (Julho 2013), critério 52.15.

5. Responsabilidade

Ao Conselho de Administração (CA) pela ratificação e divulgação do procedimento; à Diretora do Bloco Operatório e à Enfermeira Coordenadora pela divulgação e implementação do procedimento; e a todos os enfermeiros e AO que exercem funções na UCPA [REDACTED] pelo cumprimento do procedimento.

6. Procedimento

Com a cirurgia procuramos melhorar a qualidade de vida dos clientes. No entanto, no cliente cirúrgico está presente o risco de hipotermia, uma vez que, durante a cirurgia está imobilizado com a superfície corporal exposta, é sujeito à perfusão de fluidos frios e ventilado com gases frios. (AESOP, 2006)

A hipotermia pode levar a depressão do miocárdio e do sistema nervoso central, tal como, a depressão respiratória. Pelo que, é mandatório a manutenção da temperatura corporal no período intra e pós-operatório. (Manley, K. & Bellman, L., 2003)

Na UCPA devem ser vigiadas as alterações do conforto como hipotermia e deve ser providenciado aquecimento corporal através de sistemas de aquecimento elétricos. (AESOP, 2006)

Antes de ser colocado ao serviço, o aquecedor por convecção Equador tem de ser montado e testado por pessoal da Smiths Medical autorizado, por um distribuidor autorizado da Smiths Medical ou por pessoal qualificado.

Antes da utilização do aquecedor pela 1^o vez

1. Leia na íntegra o conteúdo do manual do operador, incluindo as advertências e as precauções.

O manual descreve a montagem, a utilização e a manutenção do aquecedor que se destina apenas a ser utilizado por profissionais com formação nas áreas biomédicas e da saúde.

Antes da utilização do aquecedor

2. Verifique se o tubo (que transporta o ar do aquecedor para a manta de aquecimento) está corretamente conectado na parte de trás do aquecedor;
3. Confirme que o cabo do termistor do tubo está ligado à tomada do termistor no aquecedor;
4. Confirme que a manta de aquecimento é a adequada ao aquecedor em utilização e que corresponde às necessidades do cliente.

Utilização do aquecedor

5. Posicione a manta de aquecimento no cliente com o lado perfurado virado contra a pele do cliente, aperte a ponta da manta debaixo dos pés do cliente;

Advertências:

- Vigie a respiração do cliente para evitar lesões por asfixia;
- Tape todas as feridas abertas em contato com a manta para evitar a contaminação por via aérea;
- Posicione sempre o lado perfurado da manta voltado para o cliente para evitar lesões térmicas;
- A manta de aquecimento não pode ser utilizada em cima de medicação transdérmica, uma vez que pode aumentar a administração do fármaco levando a lesões ou à morte.
- Não reutilize a manta de aquecimento em mais que um cliente para evitar a contaminação cruzada;
- Colocar objetos em cima da manta provoca obstrução do fluxo de ar. Os objetos podem exercer uma pressão localizada na pele do cliente, reduzir o fluxo sanguíneo cutâneo e provocar lesões cutâneas no cliente.

6. Ligue o tubo à manta de aquecimento, introduzindo o bucal do tubo no anel de fixação e certifique-se que a rebarda do tubo encaixa no anel de fixação.
7. Prenda o tubo do aquecedor com o clipe de fixação ao lençol debaixo do cliente.

8. Ligue o cabo de alimentação à tomada da rede elétrica adequadamente ligada à terra;
9. Pressione o botão de ligar (botão verde) para ligar o aquecedor que inicia o autoteste e confirme: os indicadores da temperatura do ar ambiente (36°C, 40°C, 44°C) e temperatura insuficiente acendem ao mesmo tempo; o indicador de desconexão pisca três vezes; e o indicador de temperatura excessiva pisca e emite um sinal sonoro que indica o final do autoteste.
10. Selecione a temperatura que pretende e adequada ao cliente pressionando o respectivo botão durante ou após o autoteste.
11. Vigie permanentemente a temperatura e os sinais vitais do cliente e observe regularmente a superfície da pele aquecida. Ajuste a definição da temperatura ou interrompa a terapia conforme necessário.

Advertências:

- Garanta que o aparelho está ligado à rede elétrica através de uma tomada elétrica ligada à terra para evitar risco de choque elétrico;
- Coloque o aparelho fora de serviço se o cabo de alimentação da rede elétrica tiver algum fio exposto;
- Evite lesões térmicas, iniciando sempre com a aplicação do parâmetro mais baixo de temperatura não ambiente. Aumente o parâmetro da temperatura utilizando como indicadores a temperatura corporal do corpo e a resposta cutânea da pele em contato com a manta de aquecimento;
- Para evitar lesões térmicas, não utilize o parâmetro de temperatura mais elevado ao tratar doentes que tenham sensibilidade reduzida, não tenham sensibilidade ou que apresentem uma fraca perfusão;
- Monitorize regularmente a temperatura central do doente e os sinais vitais, e observe a resposta cutânea com regularidade. Caso ocorra eritema ou instabilidade dos sinais vitais, reduza o parâmetro da temperatura ou interrompa o aquecimento do cliente com o aquecedor por convecção;

- Se o alarme sonoro de temperatura excessiva soar e/ou se o indicador vermelho de alarme de temperatura excessiva acender, pare de utilizar o aquecedor para evitar lesões térmicas no cliente. Coloque o aparelho fora de serviço e contacte o seu distribuidor;
- Se o aquecedor não realizar adequadamente o autoteste, não funcionar, ou parar enquanto estiver a funcionar, pare de utilizar o aquecedor para evitar lesões térmicas no cliente. Coloque o aparelho fora de serviço e contacte o seu distribuidor;
- Não permita que a entrada do tubo fique em contato direto com o corpo do cliente, pois pode causar lesões térmicas;
- Utilize apenas um aquecedor. A utilização de vários aquecedores por convecção em vários orifícios de entrada da mesma manta de aquecimento pode provocar danos na manta e lesões térmicas no doente.

Após a utilização do aquecedor

12. Pressione e solte o botão de desligar (botão laranja), para desligar o aquecedor;
13. Retire o tubo da manta de aquecimento e elimine-a de acordo com as orientações locais para a eliminação de resíduos;
14. Solicitar às Assistentes Operacionais a limpeza do aquecedor e tubo de ligação á manta de aquecimento;

Advertências:

- Não utilize álcool ou outros solventes fortes para limpar o tubo ou as superfícies externas. Estas soluções poderão danificar as etiquetas e outros componentes do aparelho;
- Desligue o cabo de alimentação da tomada da rede elétrica e da parte traseira do aquecedor;
- Inspeccione visualmente o aquecedor por convecção para garantir que não existem danos ou deteriorações visíveis. Não limpe se existir um defeito e contate o distribuidor;
- Submerja um pano suave ou uma esponja como aplicador na solução de limpeza que consiste na mistura de sabão líquido neutro e água da torneira

- morna. Esprema o excesso de solução de modo a que não fique a pingar. Limpe ou esfregue toda a superfície da caixa e do painel de controlo;
- Enxague outro pano suave ou esponja em água potável corrente á temperatura ambiente. Esprema o excesso de água de modo a que não fique a pingar. Limpe todas as superfícies supramencionadas. Repita o procedimento até que todos os resíduos visíveis sejam removidos;
 - Seque o aquecedor com uma toalha ou pano suave.

Manutenção do aquecedor

A manutenção de rotina e as reparações de aquecedor só devem ser efetuadas por pessoal qualificado.

15. Providencie a substituição do filtro do ar a cada 12 meses ou mais cedo se necessário.

7. Anexos

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enf. ^a Marta Estêvão Prof. ^a Elsa Monteiro Enf. ^a Teresa Anjos	Enf. ^a Coordenadora do ■■■ Diretora do ■■■	Ao conselho de Administração

Apêndice 15

Relatório de Estágio de Observação na CGR



RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE OBSERVAÇÃO NA COMISSÃO DE GESTÃO DE RISCO

**3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Estágio III**

Elaborado por:
Marta Estêvão

Orientado por:
Prof.^a Elsa Monteiro
Enf.^a Teresa Anjos

Dezembro 2014

Abreviaturas:

Enf.^a – Enfermeira

Siglas:

CA – Conselho de Administração

CGR – Comissão de Gestão do Risco

PAC – Projeto de Aprendizagem Competências

PEI – Plano de Emergência Interno

PP – Plano de Prevenção

Sumário:

5. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
6. <u>CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DE RISCO</u>	5
7. <u>DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</u>	8
8. <u>REFLEXÃO</u>	9
9. <u>REFERÊNCIAS</u>	10

5. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio III do 3º Semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, realizamos um estágio opcional de observação na Comissão de Gestão de Risco (CGR) da instituição CHG que decorreu nos dias 29 e 30 de Setembro de 2014, num total de 16 horas, sob a orientação da Enfermeira (Enf.^a) S.P..

Com este estágio pretendemos compreender o funcionamento da CGR da instituição CHG e a aquisição de conhecimentos na área da gestão do risco hospitalar, principalmente sobre a temática do combate a incêndios, Plano de Emergência Interna (PEI) e evacuação de clientes em contexto hospitalar. Pretendemos, também, com este estágio desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, especificamente para a competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação. Para tal, definimos os seguintes objetivos:

- ✓ Conhecer o funcionamento da CGR do CHG;
- ✓ Conhecer as funções da enfermeira da CGR;
- ✓ Frequentar formação sobre combate a incêndios e PEI;
- ✓ Recolher material de apoio para desenvolver ação de formação no serviço.

Este relatório tem o objetivo de relatar as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e de que forma estas foram um contributo para o desenvolvimento das atividades planeadas para o Projeto de Aprendizagem Competências (PAC); e é constituído por três principais capítulos: no capítulo 1 faremos a descrição da CGR; no capítulo 2 relataremos as atividades desenvolvidas durante o estágio e no capítulo 3 terminaremos com uma reflexão final sobre o trabalho desenvolvido.

6. CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE GESTÃO DE RISCO

A CGR do CHG é constituída por uma equipa multidisciplinar coordenada pelo Presidente do Conselho de Administração e tem por missão criar uma estrutura de gestão de risco que lhe permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos riscos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro para os profissionais e utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos. A CGR é responsável pela definição e implementação de políticas de gestão de risco (operacionalizando o levantamento de riscos e o PEI), de gestão de incidentes (operacionalizando o relato e análise de incidentes), de segurança de pessoas e bens, de saúde e segurança, e de gestão de resíduos. (Procedimento Política de Gestão do Risco do CHG, 2009)

A equipa que constitui a CGR é nomeada pelo Conselho de Administração (CA) por períodos de três anos e é constituída por 15 membros com diferentes especialidades e áreas de atuação. É uma comissão de apoio técnico e compete-lhe apoiar os órgãos de gestão na área do risco, para tal:

- Desenvolve uma abordagem estruturada na gestão do risco na instituição, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras, e maior consciencialização do perigo e responsabilidade;
- Elabora o PEI e o Plano de Prevenção (PP);
- Promove a articulação com os Serviços Nacionais e Regionais de Bombeiros e Proteção Civil;
- Organiza ações de prevenção, formação e sensibilização dos profissionais da instituição sobre situações de emergência. (Procedimento Regulamento da Comissão de Gestão do Risco, 2009)

A CGR tem um enfermeiro a exercer funções a tempo inteiro e possui apoio administrativo através de uma Assistente Técnico-Administrativa, também a tempo inteiro. A CGR possui um espaço próprio para desenvolver as suas ações, que vão de encontro à sua missão de criar uma estratégia de gestão de risco.

Esta comissão realiza reuniões com uma periodicidade mínima mensal, que são realizadas na sala de reuniões da instituição. Os elementos da comissão são

informados por carta e/ou correio electrónico da data da reunião, da ordem de trabalhos e se existem documentos que vão ser submetidos a análise.

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade na CGR tem como funções as inerentes à comissão de gestão de risco descritas anteriormente e que desenvolve em cooperação com a restante equipa.

Sendo assim:

- Assegura a gestão diária das atividades inerentes à implementação de todas as ações a desenvolver pela CGR em articulação com Coordenador da CGR e com os Órgãos de Gestão;
- Elabora os Planos de Ação e os Relatórios de Atividades em colaboração com Coordenador da CGR;
- Identifica, planeia e implementa ações de sensibilização e motivação para as boas práticas;
- Colabora no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional;
- Gere os processos de recolha e divulgação de bibliografia atualizada.
- Colabora no planeamento e implementação dos PEI da instituição;
- Identifica necessidades de intervenção na área da do risco e apresenta propostas para a sua implementação;
- Propõe reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas, aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Participa na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área da gestão do risco e orienta e supervisiona a sua divulgação;
- Planeia e aplica sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações;
- Controla e participa na revisão das normas.
- Identifica anualmente as necessidades de formação multidisciplinar na área da gestão do risco;

- Planeia e desenvolve ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais, recém-formados e profissionais em fase de integração;
- Participa nas ações de formação ou cursos como formador, em coordenação com o Serviço de Gestão da Formação;
- Colabora na seleção dos formadores e conteúdos temáticos adequados aos profissionais a formar;
- Avalia o impacto das ações de formação, em colaboração com o coordenador e com o Serviço de Gestão da Formação;
- Colabora com o Órgão de gestão e com o Serviço de Gestão da Formação na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós básica de profissionais de saúde;
- Colabora na integração de práticas de gestão de risco nos padrões de cuidados de enfermagem;
- Colabora na orientação dos Enfermeiros Chefes na definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, visando a segurança e a gestão do risco;

7. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este estágio teve a duração de 16 horas e decorreu nos dias 29 e 30 de Setembro de 2014.

Dia 29/09/2014

Este dia de estágio foi dedicado à frequência de uma formação no âmbito do Programa da Acreditação da Qualidade com a duração de 8 horas. No período da manhã durante 4 horas a temática foi Suporte Básico de Vida e durante a tarde, também com a duração de 4 horas, foi-nos dada formação sobre Plano de Emergência Interno. A formação foi bastante completa, com temas de grande interesse, como o combate a incêndios e evacuação e teve uma componente prática que considero ter sido de grande importância, pois a prática é facilitadora da consolidação dos conteúdos lecionados.

Dia 30/09/2014

No período da manhã foi-nos transmitida informação sobre o funcionamento da CGR, constituição da equipa e funções da enfermeira da CGR. Tive oportunidade de auscultar a sua opinião sobre a ação de formação que pretendemos desenvolver no serviço, as nossas dúvidas foram esclarecidas e foi-me facultado material bibliográfico de apoio ao tema “Combate a Incêndios”.

No período da tarde tivemos a oportunidade de consultar documentos, normas e procedimentos sobre a gestão de risco e começar a trabalhar nos conteúdos da formação a desenvolver com a ajuda da enfermeira.

8. REFLEXÃO

Este relatório representa o vivenciado durante os dois dias de estágio de observação na CGR do CHG. Foi uma experiência muito positiva e que se revelou de grande importância ao fornecer-nos aportes e dotar-nos de conhecimentos que foram imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades planejadas para o Projeto de Aprendizagem Competências (PAC).

Durante o estágio desenvolvi as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relacionadas com: Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados e Competências do domínio das aprendizagens profissionais; e desenvolvi a Competência específica (K2) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação. Sendo assim, considero que os objetivos propostos para este estágio de observação foram atingidos.

9. REFERÊNCIAS

- Procedimento Política de Gestão do Risco (2009)
- Procedimento Regulamento da Comissão de Gestão do Risco (2009)

(informações das referências ocultas para garantir o sigilo)

Apêndice 16

Slides Formação “Combate a Incêndios”




3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Combate a Incêndios



Realizado por:
Marta Enríque

Orientado por:
Prof.ª Elsa Monteiro
Enf.ª Teresa Anjos

Jan. 2018

Combate a Incêndios

- Objetivo geral:** Aprofundar conhecimentos e competências na área do combate a incêndios e manuseamento de extintores portáteis.
- Objetivos específicos:**
 - Explicar o fenómeno da combustão.
 - Descrever o mecanismo de extinção do fogo.
 - Identificar agentes extintores.
 - Ensinar a utilizar um extintor portátil.

Combate a Incêndios

Um incêndio pode ter origem em...

Fontes elétricas

Fontes térmicas

Fontes químicas

Fontes metálicas

Combate a Incêndios

Combustão: Reação química exotérmica entre uma matéria combustível e um comburente.

Na combustão estão presentes os fatores combustível, comburente e energia de ativação.



Tetraedro do Fogo

Combate a Incêndios

Combustíveis: Apresentam-se nos três estados da matéria (sólidos, líquidos e gasosos) e têm propriedades físico-químicas diferentes.







Comburente: Atmosfera ou corpo gasoso que faz com que o combustível arda.

O₂ - Comburente mais comum.

Combate a Incêndios

Classe de Fogo

CLASSE	DESIGNAÇÃO	SUBSTÂNCIAS
 A	Fogos que resultam da combustão de materiais sólidos, geralmente de natureza orgânica, em que a combustão se faz, essencialmente, com formação de brasas	Madeira, carvão, papel, tecidos, plásticos, etc.
 B	Fogos que resultam da combustão de líquidos ou de sólidos liquefáveis	Óleo, gasolina, álcool, uréia, ceras, vernizes, etc.
 C	Fogos que resultam da combustão de gases	Butano, propano, gás natural, etileno, acetileno, etc.
 D	Fogos que resultam da combustão de metais vivos	Sódio, magnésio, titânio, alumínio, etc.

Combate a Incêndios

Fogo

FENÔMENO DE COMBUSTÃO DE UM OU MAIS MATERIAIS COM LIBERTAÇÃO DE ENERGIA



<http://www.grupomedia.riojaneiro.com>

Incêndio

PROPAGAÇÃO DO FENÔMENO DO FOGO EM QUE SE DEDA DE TER CONTROLO SOBRE ESTE



<http://www.portaldeemergencia.com>

Combate a Incêndios

Propagação do Fogo

Fase inicial ou eclosão



Fase da Combustão livre ou de propagação

Combate a Incêndios

Propagação do Fogo

Combustão generalizada



Explosão de fumo

Combate a Incêndios

Velocidade de Combustão

Lenta: Quando se produz a uma temperatura baixa, inferior a 500°, não há emissões de luz.

Viva: Produz luz, fogo.

Deflagração: Combustão muito rápida cuja propagação se dá a velocidade inferior à do som.

Explosão: mistura explosiva, cuja propagação se dá a velocidade superior à do som.

Combate a Incêndios

Propagação da Energia de Combustão

Radiação



Condução



Convecção

Combate a Incêndios

Produtos da Combustão



<http://www.epralima.com>



Combate a Incêndios

Agentes Extintores

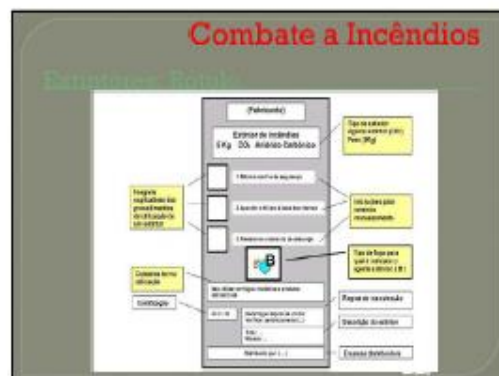
Classes de Fogo	Agentes Extintores						
	Água		Agente Extintor	CO ₂	Fóssil		
	Jacto	Pulverizada	Agente	CO ₂	ABC	BC	D
A	Bom	Muito Bom	Bom	Não	Muito Bom	Não	Não
B	Não	Acidável	Muito Bom	Bom	Muito Bom	Muito Bom	Não
C	Não	Não	Não	Bom	Bom	Bom	Não
D	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Muito Bom

Combate a Incêndios

Manuseamento de Extintores

Extintor: Equipamento que contém um agente extintor (água, espuma, pó, dióxido de carbono) que pode ser projetado e dirigido sobre um fogo, por ação de uma pressão interna.

Extintor Portátil: Extintor concebido para ser transportado e utilizado manualmente e que, em condições de operacionalidade, tem uma massa inferior ou igual a 20 kg.



- ## Combate a Incêndios
- ### Extintores Utilização
1. Verifique no autocolante do extintor se é o adequado.
 2. Verifique o manómetro do extintor (se existir) e certifique-se que está pressurizado.
 3. Transporte na posição vertical, segurando no manípulo.
 4. Retire o selo ou cavilha de segurança.

- ## Combate a Incêndios
- ### Extintores Utilização
5. Pressione a alavanca e faça um pequeno disparo para verificar a operacionalidade do extintor.
 6. Aproxime-se do foco de incêndio progressiva e cautelosa.
 7. Não avance enquanto não estiver seguro de que o fogo não o atingirá pelas costas.
 8. Dirija o jacto para a base das chamas.

Combate a Incêndios

Extintores: Utilização

9. Varrer, devagar, toda a superfície das chamas.



10. Atuar sempre no sentido do vento.



11. Cobrir lentamente toda a superfície das chamas.



Adaptado ENB-2007

Combate a Incêndios

Extintores: Utilização

12. Dirigir o jacto para a base das chamas.



13. Em combustíveis líquidos não lançar o jacto com demasiada pressão para evitar que o combustível se espalhe.



14. Terminar apenas depois de se assegurar de que o incêndio não se reacenderá.



Adaptado ENB-2007

Combate a Incêndios

Extintores: Recomendações Importantes

Ler com atenção as instruções expressas no rótulo.

Não poupe a carga, descarregue o extintor completamente para evitar o reacendimento do fogo.

Não use o extintor contra o vento.

Certifique-se que o incêndio foi completamente extinto.

Após o uso, coloque-o deitado no chão para que todos percebam que já foi utilizado e que precisa de manutenção.

Combate a Incêndios

Duvidas ?

Combate a Incêndios

Bibliografia:

Caderno de combate a incêndios com extintores – ENB – 2007

Caderno de fenomenologia da combustão e agentes extintores – princípios básicos – ENB- 2007

Fenomenologia da combustão e extintores – ENB -2006

GRI07 – Procedimento de segurança contra incêndios.

<http://www.enb.pt>

Manual de extintores – ENB – 2007



Apêndice 17

Guião para Simulacro



EXERCÍCIO NO BLOCO OPERATÓRIO [REDACTED]

CENÁRIO DE INCÊNDIO

3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Estágio III

Elaborado por:

Marta Estêvão
Paula Araújo

Orientado Por:

Prof.^a Elsa Monteiro
En.^a Teresa Anjos

Janeiro 2015

Siglas e Abreviaturas:

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

EE – Equipa de Evacuação

Enf. – Enfermeiro

Fig. - Figura

N₂O – Óxido Nitroso

O2 – Oxigénio

UCA – Unidade Cirurgia de Ambulatório

UCM – Unidade de Cuidados Médicos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Lista de figuras:



Figura 1 – Vista aérea do 

Figura 2 – Planta do 

Sumário:

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	5
1. <u>LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO</u>	5
2. <u>CARATERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO</u>	6
2.1. <u>MEIOS INTERVENIENTES</u>	6
3. <u>EXECUÇÃO DO EXERCÍCIO</u>	6
3.1. <u>ENQUADRAMENTO</u>	6
3.2. <u>SEQUÊNCIA DE AÇÕES</u>	7
4. <u>ALTERAÇÕES AO FUNCIONAMENTO NORMAL</u>	9
5. <u>CONTROLO DO EXERCÍCIO</u>	10

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, propusemo-nos a realizar um exercício de simulação no [REDACTED], numa situação de emergência a definir, com o objetivo de contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais perante este tipo de situação.

Este exercício será uma oportunidade de adquirir competências específicas do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, em Situação de Emergência e Catástrofe. Pelo que foi planeado e desenvolvido o presente exercício, com o contributo dos elementos da Comissão de Gestão de Risco, assim como dos profissionais do [REDACTED].

Considerando os possíveis cenários em contexto de emergência e catástrofe, passíveis de recriar, bem como a sua pertinência, atendendo às especificidades do serviço em causa, optou-se por simular uma situação de incêndio.

De forma a responder a esta solicitação, formulou-se como objetivos para a realização do exercício: planejar a resposta dos elementos das equipas perante uma situação de incêndio; treinar as equipas intervenientes perante este cenário; contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais em situação de incêndio.

1. LOCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO

O [REDACTED] está localizado no piso 1 do [REDACTED] e tem o seu acesso limitado por uma porta que é aberta mediante a introdução de um código. Esta área reservada é partilhada com a [REDACTED].



Fig. 1: Vista aérea no [REDACTED].

2. CARATERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO

LOCAL	BO II – 1º Piso [REDACTED]
DATA	
HORA	18:00h
NOME DO EXERCÍCIO	SI1
TIPO DE EMERGÊNCIA	Incêndio no quadro elétrico do BO [REDACTED]
TIPO DE INTERVENÇÃO	Evacuação do BO [REDACTED] (com figurantes) Tentativa de controlo do incêndio.
OCUPAÇÃO DO EDIFÍCIO	Ocupação normal – Pessoal afeto ao serviço e clientes internados.

2.1. MEIOS INTERVENIENTES

Meios Internos

Os únicos meios internos a mobilizar será a própria equipa multidisciplinar do BO [REDACTED]. O simulacro pela sua especificidade, dimensão e por não interferir com o normal funcionamento do

serviço e do próprio hospital (uma vez que será realizado fora do horário de funcionamento do serviço) não implica a necessidade de mobilizar meios externos ao serviço do BO [REDACTED].

Meios Externos

Por se tratar de um exercício de simulação e treino, não se contempla a necessidade de mobilizar meios externos.

3. EXECUÇÃO DO EXERCÍCIO

3.1. ENQUADRAMENTO

No BO [REDACTED] (situado no 1º piso) no final do turno da manhã (cerca das 15 horas) apenas se encontra a Sala B a funcionar com uma cirurgia do ombro em um cliente com anestesia geral, quando ocorre um incêndio no quadro elétrico que fica situado no corredor que dá acesso à esterilização e que, também, fica próximo da sala onde está a decorrer a cirurgia.

Face ao sucedido foi acionado o número de emergência (333) e perante o insucesso na extinção do incêndio com os meios disponíveis, o Coordenador de evacuação do serviço toma a decisão de proceder à evacuação total dos clientes e profissionais do BO [REDACTED].

Planta do Serviço

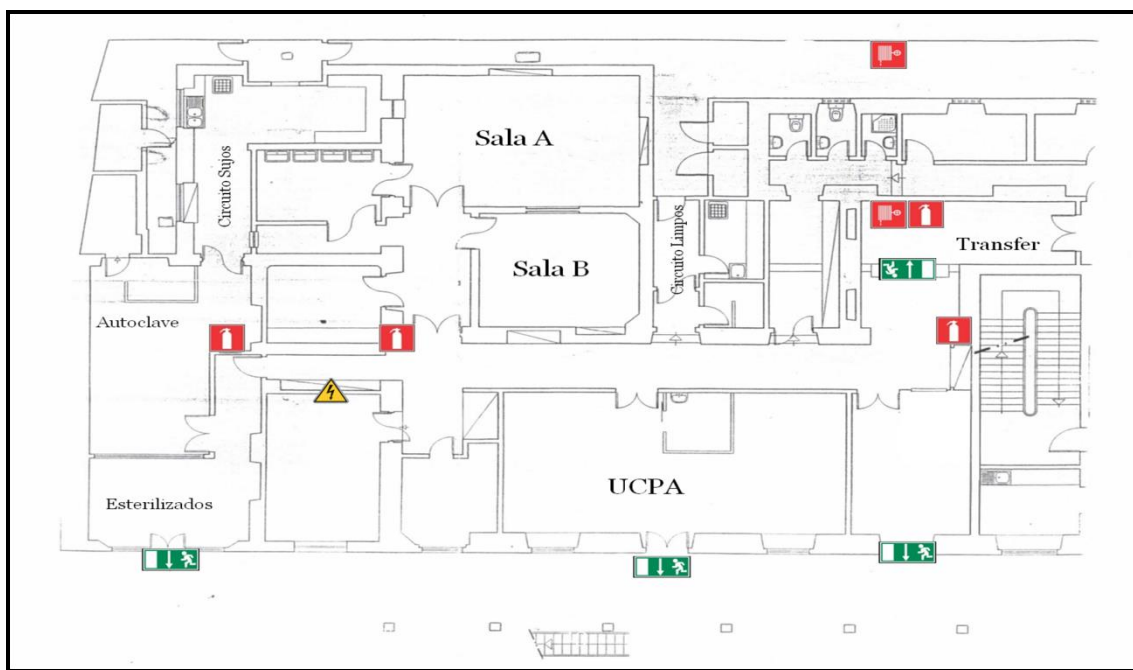


Fig. 2: Planta do [REDACTED]

3.2. SEQUÊNCIA DE AÇÕES

As horas apresentadas devem ser consideradas apenas como indicativas da duração estimada das etapas do procedimento. O registo da hora em que as ações foram executadas será efetuado pelos observadores.

Hora	Local/ Interveniente	Descrição
...h...m	Enfermeira Coordenadora do Serviço de [REDACTED]	Às ...h...m do dia (.../.../.../), surge um incêndio no quadro elétrico localizado no corredor de acesso à esterilização no [REDACTED].
...h...m	Enfermeira Coordenadora do Serviço de [REDACTED]	A enfermeira coordenadora dá o alarme através do 333, informando o local e área afetada, e pede ajuda ao elemento (AO) da esterilização.
...h...m	Enfermeira	Tentam combater o incêndio com o extintor portátil da zona e sem

	Coordenadora do Serviço de [REDACTED] e AO da esterilização.	correr riscos.
...h...m	Coordenador de Evacuação (Enf. ^a Coordenadora do [REDACTED])	Informa as Equipas de Evacuação A e B do serviço afetado e do serviço de refúgio ([REDACTED]). O cliente que está a ser operado será evacuado para a [REDACTED] (serviço que neste dia está encerrado). Dá indicação de Evacuação do [REDACTED].
...h...m	Equipas de Evacuação A e B	Preparam os clientes internados na UCPA e, mediante avaliação das necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação (monitorização, garrafa de O ₂) As EE-A e EE-B organizam-se e iniciam de imediato a evacuação da UCPA.
...h...m	Equipas de Evacuação A e B afetos à sala cirúrgica	Ficam 4 elementos do [REDACTED] responsáveis pelo do cliente: Anestesiologista, 2 Enfermeiros e 1 Assistente Operacional. A Assistente Operacional transporta o trolley e desimpede o caminho; o anestesiologista e a Enfermeira de apoio à anestesia, desconectam os aparelhos elétricos possíveis e o fornecimento de O ₂ e N ₂ O e o Enfermeiro circulante leva o processo do cliente e o carro de emergência para serviço de refúgio - [REDACTED].
...h...m	Equipa de Evacuação A	Os elementos da Equipa de Evacuação A: Colaboram com os elementos da EE-B, na evacuação dos doentes. No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda ao [REDACTED], certificando-se que não fica ninguém no local e faz marcação da porta.
...h...m	Equipa de Evacuação B	Os elementos da Equipa de Evacuação B, do [REDACTED] iniciam a evacuação dos clientes internados (FIGURANTES):

		<p>Decidem, em função do conhecimento que possuem, da capacidade de locomoção de cada cliente, do seu serviço, quais os clientes que poderão mover-se autonomamente (clientes operados em regime de ambulatório), em cadeira de rodas ou não, e quais os que necessitam de apoio para serem evacuados;</p> <p>Decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos clientes limitados nas suas capacidades de mobilidade;</p> <p>Iniciam a Evacuação dos clientes no sentido horizontal (■■■■) e no sentido vertical (■■■■);</p> <p>Solicitam todo o apoio necessário, ao pessoal de saúde do serviço mais próximo;</p> <p>Um elemento desta Equipa faz o registo dos clientes evacuados (utiliza a folha impressa com o registo de todos os clientes internados).</p>
...h...m	Equipas de Evacuação A e B	Chegada dos clientes aos serviços de refúgio – ■■■■.
...h...m	Equipas de Evacuação A e B	Fim da evacuação do ■■■■.
...h...m	Equipas de Evacuação	Um dos elementos da Equipa de Evacuação A ou B informa o Coordenador da evacuação, que a Evacuação do serviço está concluída.
...h...m	Coordenador da Evacuação	Informa o Chefe de Intervenção que a Evacuação do serviço está concluída.

4. ALTERAÇÕES AO FUNCIONAMENTO NORMAL

Tendo em conta o simulacro a realizar, não haverá alteração ao funcionamento normal do serviço a evacuar e dos serviços adjacentes. No entanto, o Enf.º Chefe da ■■■■ será avisado uma vez que pode existir movimentação anormal na área de a cesso ao ■■■■.

5. CONTROLO DO EXERCÍCIO

O controlo da atuação dos diversos intervenientes no exercício será efetuado por observadores (formadoras) que irão efetuar o controlo dos pontos-chave para avaliação dos resultados do exercício. Os Observadores estarão identificados com um cartão a dizer “Observador”. O exercício vai ser cronometrado com o objetivo de reconstruir a “fita do tempo” e conhecer os tempos de resposta dos diversos intervenientes na evacuação do serviço.

Apêndice 18

Plano da Sessão “Combate a Incêndios”

Plano da Sessão

Curso	3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Combate a Incêndios Simulacro de Evacuação em Situação de Incêndio
Professora Orientadora	Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora	Teresa Anjos
Formadora	Marta Estêvão
População Alvo	Profissionais do BOII/UCPA do [REDACTED]

Data	22/01/2015
Local	BOII do [REDACTED]
Duração	2h (30min Sessão Combate a Incêndios e 1h30 Simulacro de Evacuação em Situação de Incêndio)

Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos e competências na área do combate a incêndios e manuseamento de extintores portáteis.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o fenómeno da combustão. • Descrever o mecanismo da extinção do fogo. • Identificar agentes extintores. • Ensinar a utilizar um extintor portátil.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da sessão • Objetivo geral • Objetivos específicos 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Origem do incêndio 	Expositivo	Portátil	3 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Fenómeno da combustão 		PowerPoint Data show	
	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de combustível • Definição de comburente • Classe de fogos 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	3 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Distinção entre fogo e incêndio • Propagação do fogo • Velocidade de combustão • Propagação da energia de combustão • Produtos da combustão 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	8 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de extinção • Agentes extintores • Definição de extintor • Como fazer a leitura do rótulo do extintor • Como utilizar um extintor 	Expositivo	Portátil PowerPoint Data show	12 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas • Bibliografia 	Expositivo Participativo	Portátil PowerPoint Data show	2 min
Simulacro	<ul style="list-style-type: none"> • Simulacro de evacuação em caso de incêndio. 	Prático	Cartões identificativos dos participantes. Ficha de clientes (figurantes) evacuados.	1h20
Avaliação da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição da folha de avaliação da sessão. 		Folhas de avaliação	10 min

	<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento das folhas de avaliação.	Escala de Likert	Esferográfica	
	<ul style="list-style-type: none">• Recolha das folhas de avaliação da sessão.			

Apêndice 19

Cartaz Informativo da Sessão “Combate a Incêndios”

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO:

Combate a Incêndios

Serviço: Bloco Operatório II / UCPA do [REDACTED]

Data: 22/01/2015

Hora: 17:00 h

Local: Bloco Operatório II / UCPA do [REDACTED]

População Alvo: Todos os Profissionais

Objetivos:

• Partilhar conhecimentos na área do combate a incêndios e manuseamento de extintores portáteis, especificamente:

- ✓ Explicar o fenómeno da combustão.
- ✓ Descrever o mecanismo da extinção do fogo.
- ✓ Identificar agentes extintores.
- ✓ Ensinar a utilizar um extintor portátil.

Programa: Apresentação de uma sessão de formação sobre Combate a Incêndios.

Formador: Marta Estêvão, estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientadores: Prof.ª Elsa Monteiro e Enf.ª Teresa Anjos

Apêndice 20

Reflexão Pessoal “Tudo pela Minha Irmã – O Fim de Vida: Impacto na família”



“Para a Minha Irmã”

O fim de Vida: Impacto na Família – Reflexão pessoal

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular Enfermagem II

Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida

Elaborado por:

Marta Estêvão

Orientado por:

Prof.ª Elsa Monteiro

Enf.ª Teresa Anjos

Janeiro 2015

Sumário:

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	<u>3</u>
2. <u>REFLEXÃO PESSOAL</u>	<u>3</u>
3. <u>CONCLUSÃO</u>	<u>9</u>
4. <u>REFERÊNCIAS</u>	<u>9</u>

“...Não me importo que minha doença me mate. Mas está a matar também a minha família.”

*Extraído das legendas do filme “Pela Minha Irmã”
(2009)*

1. INTRODUÇÃO

Sou enfermeira há treze anos e na maior parte desse tempo desenvolvi a minha actividade na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico, pelo que, não tenho experiência no contacto com os clientes em situações de fim de vida. No entanto, quando ingressei no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica abracei com entusiasmo a experiência de conhecer esta problemática e reflectir sobre ela.

Após terminados os momentos letivos referentes Aos Cuidados ao Cliente em Fim de Vida senti a necessidade de complementar os conhecimentos adquiridos, pelo que, frequentei um curso sobre Cuidados Paliativos que me cativou logo no primeiro momento em que visualizamos um filme com o título *“My Sister’s Keeper”*. Este filme, *“Pela Minha Irmã”* (título em português), de Nick Cassavetes teve tal impacto em mim que senti a necessidade de realizar uma reflexão sobre a temática - O fim de Vida: Impacto na Família; sendo este o objetivo deste trabalho que se encontra estruturado essencialmente em dois principais capítulos. No capítulo 2 apresentarei a minha reflexão pessoal sobre o tema supracitado e no capítulo 3 terminarei com a exposição das conclusões resultantes da minha reflexão.

2. REFLEXÃO PESSOAL

“Pela Minha Irmã” é um filme com uma história inspiradora que relata o percurso de uma família na sua aprendizagem da aceitação da doença. Os Fitzgerald são uma família comum com dois filhos, Jesse e Kate, até ao momento em que Kate chega aos dois anos de idade e é-lhe diagnosticada uma forma grave de leucemia. Então, os pais resolvem ter um bebé geneticamente manipulado para ser um dador perfeitamente compatível para a irmã, e nasce Anna – “Eu não sou uma coincidência. Fui manipulada. Nasci por um motivo particular. (...) para salvar a vida da minha irmã.” (Extraído das legendas do filme *“Pela minha Irmã, 2009, 01:54min)*

Durante os seus onze anos de vida Anna é submetida a inúmeros tratamentos médicos, invasivos e perigosos, para fornecer sangue, medula óssea e outros tecidos para salvar a vida da irmã mais velha. Kate acaba por entrar em falência renal e precisa de um rim, no entanto Anna resolve instaurar um processo legal para requerer a emancipação médica - ela pretende decidir sobre o seu próprio corpo. O advogado tenta que a mãe de Anna perceba as razões da filha – “...alguma vez disse a si própria: Talvez eu esteja errada, talvez tenha ido longe demais?” (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 23:25min)

A mãe revoltada com a atitude da filha decide, como advogada, lutar contra a vontade desta no tribunal.

No decorrer do filme apercebemo-nos que os três irmãos partilham um segredo que muda todo o contexto da trama. Anna apenas desiste de ajudar a irmã a pedido desta que cansada da doença e do sofrimento deseja morrer – **“Toda a minha vida é uma dor. É o fim maninha. Só vai ficando mais assustador, de agora em diante. (...) Acabou. Está na hora de ir. (...) Podes libertar-me.”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 01:25h) É o irmão Jesse que confessa em tribunal a intenção de Kate – **“A Kate quer morrer! Convenceu a Anna a fazer isto porque sabe que não vai sobreviver. (...) está na hora (...) a Kate está preparada.”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 01:23h)

A leucemia de Kate provocou a mudança nos hábitos de vida da família, levando à desestruturação dos seus elementos como família e como indivíduos. A mãe de Kate deixa de trabalhar e passa a viver em função da filha doente negligenciando os restantes membros da família. Assistimos ao distanciamento entre os pais de Kate e entre os pais e os outros dois filhos. Ao filho Jesse é diagnosticado dislexia e este acaba por ir para um centro especializado durante um período de tempo, após o qual desiste da escola – **“Desde que a minha irmã adoeceu, as coisas mudaram. A tia Kelly só trabalha em *part-time* e a mãe deixou o emprego de advogada. A sua vida, agora, gira à volta de manter a Kate viva. Cozinhando e limpando. Tudo cozido a vapor, orgânico e livre de germes.”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 03:29min)

Kate durante um longo período de tempo demonstrou vontade de viver e vivência experiancia normais da adolescência, apaixonou-se por um jovem também com leucemia e divertem-se bastante os dois até à morte deste. Nesse momento, também o quadro clínico de Kate piora e ela começa um processo de “despedida”. Elabora um diário, onde faz a retrospectiva da sua vida e começa a preparar a sua família para a sua morte. No

entanto, a sua mãe está em profunda negação e recusa-se a aceitar que a vai perder, como demonstra neste diálogo:

“Kate: Não adianta, é?

Médico: Não.

Kate: Quanto tempo?

Médico: É difícil dizer. Mas se nada mudar... não muito tempo.

Kate: Vai doer?

Médico: Não. Certificar-me-ei disso.

Mãe: **Não muito tempo! Não muito tempo o quê? Ouve não te quero ouvir falar assim, está bem, querida?”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 39:44min)

No final do filme percebemos que, apesar de a vida desta família girar em torno da doença de Kate, após a sua morte e sofrimento pela sua perda, todos começaram um processo de mudança e busca de concretização dos seus próprios sonhos – **“A vida agora é diferente. Muita coisa mudou, nos últimos anos. A mãe voltou a trabalhar, reconstruiu a sua firma e, agora, está muito bem na vida. O pai pediu a reforma antecipada e, agora, dedica-se a aconselhar jovens com problemas. E o Jesse é quem está melhor. Depois da morte da Kate, deu uma volta à sua vida. Voltou a estudar e conseguiu uma bolsa para uma academia de arte, em Nova Iorque.”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 01:40h)

Após ter visto este filme assola-me uma inquietação ... perante uma situação em que me depare com um cliente/família a vivenciar um processo de fim de vida, serei capaz de mobilizar competências que me auxiliem a prestar cuidados, aliviar o sofrimento e promover bem-estar aos estão em confronto com a morte? Estabelecer uma relação terapêutica que os ajude a vivenciar esse processo orientando-os para a adaptação à perda e evitando maior desestruturação do seu ambiente familiar? Como confirmado por Barbosa (2003, cit. por Pazes, Nunes & Barbosa, 2014) não sou a única, um “grande número de profissionais de saúde estão pouco preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano nos difíceis momentos que antecedem a sua morte” (p.96)

A morte é ainda um processo envolto em mistério, na verdade ninguém sabe o que acontece. Temos alguns relatos na primeira pessoa do que é ter uma doença terminal e do vivenciado por essas pessoas nos seus últimos dias, no entanto todos os relatos terminam com a morte. “No fundo, a morte continua a ser a mais desconhecida. Sabemos

quando alguém está morto mas ignoramos o que é morrer, visto por dentro.” (Nunes, 2009, p.57)

No filme é-me exposto uma situação muito difícil de encarar, a morte de uma adolescente, uma jovem com toda uma vida para viver. Como mãe reconheço o quando devastador será a perda de um filho e não me consigo retratar nessa situação, apenas imagino que a dor deve ser avassaladora e incapacitante.

A nossa cultura fomenta que as crianças não devem morrer antes dos adultos; o que faz com que a morte numa idade jovem não seja considerada como uma realidade pela sociedade. (Hynson, Gillis, Collins, Irving, & Trethewie, 2003) Ideia reforçada pelo avanço tecnológico que, ao permitir a obtenção de cura para doenças que eram fatais, permitiu o prolongamento da vida e diminuição da mortalidade infantil tornando a morte de uma criança um acontecimento incomum. (Rabello & Rodrigues, 2010)

Sendo a família, segundo Jorge (2004) um “sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interação. As dinâmicas internas e interpessoais e os vários aspectos do ambiente modelam o funcionamento da família.” (p.17), o comportamento e as alterações que sucedem a um dos elementos da família repercutem-se nos restantes e na família como “sistema”. (Jorge, 2004, p.17) O papel parental também se tem alterado ao longo das décadas, atualmente as mães desempenham um papel muito mais ativo e protetor da saúde e bem-estar dos filhos e em situação de doença mobilizam toda a sua sabedoria e competências para cuidá-los. (Jorge, 2004)

Uma família em processo de fim de vida de um dos seus elementos, especificamente, os pais que enfrentam a inevitável morte de um filho, vivencia uma situação dramática. **“Ter um filho doente é uma ocupação a tempo inteiro. Claro que continuamos a desfrutar da alegria diária do dia em família. (...) Mas, sob a superfície há rachas, ressentimentos, alianças que ameaçam os próprios alicerces da nossa vida, pois, a qualquer momento, o nosso mundo pode desmoronar.”** (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 05:12min) A família endura numa rutura com o seu estilo de vida que pode levar a situações de depressão, ansiedade, frustração e exaustão dos seus membros. (Sorensen & Luckman, 1998, cit. por Moreira, 2001)

Os pais que estão em risco de perderem um filho, durante o percurso da doença, passam por diferentes fases: “Primeiro o choque, a sensação de irrealidade, uma espécie de adormecimento, alternando com períodos de pânico e de extremo sofrimento, revolta e agressividade...” (Martins, 1991, cit. por Jorge, 2004, p.14) É frequente negarem a realidade, uma vez que, para eles aceitá-la significa reconhecer que falharam em

proteger aquele ser que dependia e confiava neles. “- **Sei que é importante para ti sentires que nunca desististe. Quem és tu se não fores uma mãe louca a lutar pela vida da filha? Mas há um mundo inteiro lá fora. E tu não vês nada dele. Mais cedo ou mais tarde... Tens de parar. Tens de desistir. – Não posso.**” (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 01:05h)

Em situações de doença crónica grave progressiva, em que um elemento está constantemente doente, a família está sujeita a “...uma crescente tensão, tanto pelo risco de exaustão, como pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo.” (Jorge, 2001, p.25) Segundo Subtil (1995), nestas situações a família atravessa três fases distintas onde assume tarefas que se vão alterando: Fase da crise - nesta fase a família tem a tarefa de aprender a lidar com a dor, com a incapacidade, com os sintomas da doença, criar um significado para a doença, aceitar as mudanças e ser capaz reorganizar-se com flexibilidade definindo objetivos futuros; Fase crónica – a família está habituada a viver com a doença; Fase terminal – nesta fase a inevitabilidade da morte é real e domina a vida da família. (Jorge, 2004) Estas fases são bem visíveis no filme. Pois assistimos numa fase inicial ao descrédito dos pais que quando aceitaram o diagnóstico iniciam uma busca feroz por alternativas de cura, nunca considerando a possibilidade da morte da filha. “**Não vou deixá-la morrer. Sabes disso certo? Não vou.**” (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 11:37min) Depois, verificamos que a família habitua-se à doença e toda a sua vida gira em redor de Kate e das suas necessidades. No final, apesar da mãe ainda estar em negação os restantes elementos da família e a própria Kate mostram-se resignados com a situação e preparam-se para a morte desta.

O impacto da doença e as reações dos diferentes elementos da família ao sofrimento “está relacionado com a própria “personalidade” da família, a doença e seu tratamento e as relações com o doente. No que respeita à “...“personalidade” da família, os elementos mais relevantes são a aceitação ou negação da morte, os sentimentos de indefesa e impotência por não poder fazer algo para evitar a morte, os sentimentos de culpa que podem ter a ver com relações anteriores com o doente, os sentimentos de cansaço quando a fase terminal se prolonga no tempo e as dificuldades económicas consequentes à própria doença.” (Limonero, 1996, cit. por Moreira, 2001, p.27) “**Lamento ter ficado com a atenção toda, quando eras tu quem mais precisava dela. Lamento ter ficado com toda a atenção. Pai sei que te roubei o teu primeiro amor. Só espero que, um dia, a recuperes. Mãe, abdicas-te de tudo por mim. Do teu trabalho, do teu casamento, de toda a tua vida, só para travares as batalhas por mim, todos os dias. Lamento que não tenhas conseguido ganhar. E, à minha irmãzinha, que foi sempre**

tão pequenina... desculpa ter deixado que te magoassem. Desculpa não ter cuidado de ti. Deveria ser ao contrário.” (Extraído das legendas do filme “Pela minha Irmã, 2009, 27:46min)

Perante o exposto, mantenho as minhas preocupações iniciais e estou focalizada para ultrapassar a minha inexperiência nesta área. Todos sabemos que o cliente crónico ou em situação de fim de vida recorre a qualquer serviço das nossas instituições hospitalares e tem o direito de ser cuidado por profissionais com competências e sensibilizados para a problemática dos cuidados paliativos.

Reconheço que a minha formação de base e experiência profissional dotaram-me de estratégias para ajudar os clientes no alívio do sofrimento associado a sintomas físicos e à dor. No entanto, as situações mais complexas que envolvem intenso sofrimento psicológico exigem uma experiência que ainda não possuo totalmente e onde terei que continuar a investir.

Como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica assumo o compromisso de, quando necessário, mobilizar os meus conhecimentos e competências da área do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa para “melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (WHO, 2002, cit. por Pazes, Nunes & Barbosa, 2014, p. 97)

Para tal, assentarei os meus cuidados no estabelecimento de relações de ajuda baseadas numa comunicação adequada que favoreça o estabelecimento de confiança que ajude o cliente/família a ultrapassar todos os obstáculos em direção à reorganização e ao bem-estar.

3. CONCLUSÃO

Ao redigir esta pequena reflexão foi evidente que tenho ainda algum percurso para fazer nesta área. No entanto, o primeiro passo foi dado e o processo já não pode ser interrompido. Fiquei a compreender melhor as famílias que enfrentam a doença terminal e a morte eminente de um familiar; mas pretendo continuar a pesquisar a fazer formação sobre esta área, consolidar os meus conhecimentos e as minhas competências para ajudar o cliente a vivenciar doença crónica ou situação de fim de vida, sabendo que estou a fazê-lo bem.

É também minha preocupação influenciar o meu contexto profissional e sensibilizar os meus pares para a importância de proporcionar cuidados congruentes com as necessidades efetivas dos clientes/famílias a vivenciar processos de fim de vida.

4. REFERÊNCIAS

- Cassavetes, N. (2009). *My Sister Keeper* (versão portuguesa “Pela Minha Irmã”). *Filme New Line Cinema, A Time Warner Company*.
- Hynson, J., Gillis, J., Collins, J., Irving, H., & Trethewie, S. (2003). The dying child: How is care different. *Medical Journal of Australia*, 179(6), pp.20-22.
- Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Moreira, I.M.P.B. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra; Portugal: Formasau.
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Pazes, M.C.E, Nunes, L., & Barbosa, A. (2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV – nº 3 – nov./dez. 2014. pp.95-104.
- Rabello, C., & Rodrigues, P. (2010). Saúde da família e cuidados paliativos infantis: Ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *Ciência & saúde Coletiva*, 15(2), pp. 379-388.

Apêndice 21

Trabalho Supervisão Clínica em Enfermagem



Supervisão Clínica em Enfermagem



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Responsável Pedagógico pela Unidade Curricular:

Professora Doutora Lurdes Martins

Responsável Pedagógico pelo Módulo Supervisão de Cuidados:

Professora Elsa Monteiro

Elaborado por:

Carina José (130519030)

Marta Estêvão (130519018)

Paula Araújo (130519023)

Janeiro 2015



Supervisão Clínica em Enfermagem

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Responsável Pedagógico pela Unidade Curricular:

Professora Doutora Lurdes Martins

Responsável Pedagógico pelo Módulo Supervisão de Cuidados:

Professora Elsa Monteiro

Elaborado por:

Carina José (130519030)

Marta Estêvão (130519018)

Paula Araújo (130519023)

Janeiro 2015

Sumário:

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1. <u>SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM</u>	5
2. <u>CASO CLÍNICO</u>	8
3. <u>PLANO DE CUIDADOS</u>	10
3.1. <u>Foco: Fratura Presente</u>	12
3.1.1. <u>Justificação</u>	13
3.2. <u>Foco: Dor Presente</u>	16
3.2.1. <u>Justificação</u>	16
3.3. <u>Foco: Crença Religiosa Complexa</u>	17
3.3.1. <u>Justificação</u>	18
4. <u>REFLEXÃO FINAL</u>	24
5. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	26

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, Módulo Supervisão de Cuidados, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos proposto a análise e reflexão de um caso clínico, tendo por base um enquadramento teórico possuidor de um modelo concetual de enfermagem à luz do processo de enfermagem e a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para elaborar diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, permitindo a nossa tomada de decisão clínica, não descurando as bases ética e deontológica da profissão.

Para a *United Kingdom Central Council for Nursing* (1996, cit. por Pires, Morais, Santos Kock Sardo & Machado, 2004) a Supervisão Clínica é uma forma "...de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais." (p.5) Também Abreu (2004) refere que a supervisão é um processo de suporte e aprendizagem que possibilita o desenvolvimento de competências, assumir a responsabilidade pela prática e promover a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados, principalmente em situações clínicas complexas. Como seria previsível a Supervisão na Enfermagem também evoluiu e Kron (1983), afirma que, "(...) baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos". (p.113)

A tomada de decisão em enfermagem constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados mas para isso o enfermeiro deve estar provido de competências que lhe facilitem o diagnóstico e as intervenções a aplicar para cada situação de forma individualizada. Para tal, é-lhe exigida competência, reflexão, autonomia e responsabilidade. Neste trabalho será relatado um caso clínico fictício criado pelo grupo que nos põe perante problemas ético deontológicos de natureza difícil exigindo uma reflexão que conduza à resolução autónoma de enfermagem dentro destas áreas de atuação.

O Processo de Enfermagem será utilizado por nós enquanto método de resolução de problemas sendo uma sequência de etapas/fases, através das quais se pretende alcançar um determinado resultado. Em enfermagem é essencial a necessidade de aplicação de um modelo concetual para dirigir cuidados. Neste trabalho aplicamos o Modelo da Teoria das Transições de Afat Ibrahim

Meleis. Esta autora acreditava que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem deve ser orientado para as intervenções terapêuticas de enfermagem e não para a compreensão dos fenômenos relacionados com a resposta a situações de saúde e doença. (Meleis,2010)

A transição para esta teórica tem características positivas uma vez que no fim da transição a pessoa adquire maturidade e estabilidade pessoal. A transição é mais bem-sucedida se houver uma antecipação dos eventos, se for tido em conta o motivo que desencadeou a mudança, a preparação para a transição e o conhecimento da existência de outras transições a ocorrerem em simultâneo. Durante o processo de transição ocorrem vários comportamentos como stresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, alterações no autoconceito; e se o enfermeiro tiver conhecimento dessas alterações nos padrões comportamentais da pessoa, pode intervir com o objetivo de prevenir/criar estratégias facilitadoras da transição e logo adaptação à nova condição. Para Meleis a negociação de transições bem-sucedidas depende do desenvolvimento de uma relação eficaz entre a enfermeira e o cliente (terapêutica de enfermagem). Esta relação é um processo altamente recíproco que afeta tanto o cliente como a enfermeira. (Meleis,2010)

Temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem;
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, segundo a CIPE versão 2.0, relacionados com o problema existente;
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem para situações futuras;
- Elaborar uma reflexão crítica acerca do caso clínico que conduza à nossa decisão autónoma tendo por base as competências adquiridas no mestrado.

O trabalho está organizado em capítulos. No capítulo 1 abordaremos a temática da supervisão clínica em enfermagem; segue-se uma abordagem do caso clínico da cliente testemunha de Jeová, no capítulo 2. O plano de cuidados foi desenvolvido no capítulo 3, onde apresentaremos os focos levantados com as intervenções planeadas e os resultados esperados e as respetivas justificações dando relevância ao processo de enfermagem e ao modelo conceitual de Meleis não descurando a parte ética e deontológica na atuação. Por fim, terminaremos com uma reflexão acerca do trabalho realizado e apresentaremos a bibliografia utilizada.

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A Supervisão Clínica em Enfermagem começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. As primeiras referências ao conceito de Supervisão Clínica surgiram nos anos 30 nos Estados Unidos da América (EUA). Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de Enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de Enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão. (Abreu, 2004)

O conceito foi evoluindo e embora existam várias definições todas se complementam. Segundo a *Nacional Health Service Management Executive* (1993, cit. por Pires, Morais, Santos, Kock, Sardo & Machado, 2004), no seu artigo *A Vision for the Future* a supervisão clínica é “ (...) um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas”. (p.5)

De acordo com Deodato (2010), “Em Portugal, o conceito foi trabalhado por Wilson de Abreu, verificando-se a sua ligação ao processo de ensino-aprendizagem de Enfermagem, nomeadamente em ambientes de ensino clínico. Wilson de Abreu considera a Supervisão Clínica como um processo que tem como objetivo a apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais), pelo estudante e pelo supervisor, no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados...” (p.3-4)

Com o objetivo de permitir ao supervisionado alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade de práticas, devem-lhe ser facultados meios de apoio e desenvolvimento acompanhado. O supervisionado deve refletir sobre o papel que desempenha como indivíduo na complexidade dos eventos e sobre a qualidade das suas práticas. Esta reflexão é facilitada por uma pessoa mais experiente que tem perícia para o acompanhamento e, através de sessões frequentes e contínuas, o orienta de acordo com a ecologia das situações. (Abreu, 2004)

“Consideramos que a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao

mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa. (...) Vemos a Supervisão de Cuidados, como uma estratégia possível de acompanhamento de competências clínicas, pelo enfermeiro em formação. Um espaço de reflexão sobre as decisões tomadas e os actos praticados ou omitidos, a par da supervisão clínica de acompanhamento contínuo, contribuirá certamente para o desenvolvimento de competências pretendido.” (Deodato,2010, p.7)

Cotrell (2000) é da opinião que, para que se estabeleça uma boa relação de Supervisão é essencial identificar-se no supervisor, algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência. Ainda de acordo com o mesmo autor para ser um bom Supervisor Clínico, a **perícia** (o reconhecimento pode ser informal, através da habilidade, da experiência, ou do status e da formação); a **experiência** (no seu campo de especialidade a prática clínica é altamente desejável); a **aceitabilidade** (é de extrema importância que o Supervisor Clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona e **formação** (na atividade de supervisão, para além da formação básica é importante a formação continua para assegurar a elevada qualidade em supervisão) devem estar presentes.

Abreu (2003, p.19) afirma ainda que também o processo de supervisão deve ser realizado e ajustado ao ciclo de processo de supervisão clinica de Nicklin (1997) que é composto por várias etapas: Objetivo; Identificação do problema; Contextualização; Planeamento; Implementação e Avaliação.

O Processo de Enfermagem é de acordo com Taylor, Lillis & LeMonde (2007) “um método de cuidados sistemático, centrado no cliente, direccionado para metas que fornecem uma estrutura para a prática de enfermagem.” (p.229) Para Anderson, Yoder & Kaufman (1990) “o Processo de Enfermagem é uma maneira de pensar sobre os cuidados de enfermagem. Fornece uma base crível para a prática da enfermagem mais do que intuitiva. Proporciona ainda um método capaz de estabelecer normas de cuidados de enfermagem. Estas normas podem ainda constituir um meio de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes. Assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem é verificada a partir de uma base de dados objetivos e de critérios científicos.” (p.61)

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena. O Processo de Enfermagem é uma metodologia com cinco fases: Apreciação/Colheita de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planeamento; Implementação e Avaliação, interligadas entre si

e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular. A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções. (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990)

Analisando as etapas do processo de enfermagem e as da supervisão clínica identificamos muitas semelhanças entre ambas. A Supervisão de Cuidados é uma responsabilidade do Enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Como refere Abreu (2007), os Enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição dos riscos, promovendo segurança e garantindo cuidados de enfermagem de qualidade aos clientes.

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de Enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar o comprometimento do Enfermeiro Especialista na melhoria dos Cuidados de Enfermagem, pois a Supervisão Clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enunciadas no seu Regulamento, assim como nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e nas Competências de Mestre. Desta forma é nosso propósito atingir o estadió de peritos em supervisão que, tal como menciona Benner (2001), suportam a ação na experiência e na perceção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação.

2. CASO CLÍNICO

Neste caso clínico foi realizada uma **colheita de dados** de forma a obter informações úteis e pertinentes sobre a cliente, com o intuito de definir o problema. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a cliente.

Maria (nome fictício) é uma mulher de 23 anos idade, raça caucasiana, grávida de 20 semanas, vítima de acidente de viação, que dá entrada no Serviço de Urgência, com fratura exposta do fémur esquerdo e laceração da artéria femoral. Para controle da hemorragia a equipa de emergência médica efetua manobras no local (garrotagem do membro lesado com torniquete). Na urgência é encaminhada de imediato para a Sala de Reanimação onde a equipa de saúde faz a avaliação possível de acordo com a metodologia da Abordagem sistematizada à pessoa em situação crítica – Metodologia ABCDE FGHI: A) via aérea permeável; B) taquipneica; C) taquicardica, com pulso fraco e rápido; D) consciente com agitação psicomotora; E) extremidades frias (temperatura timpânica 35,6°C), palidez, sudorese, dor e fratura exposta do fémur com laceração da artéria femoral á esquerda, têm o membro garrotado; F) marido presente; G) dor nível 9 segundo a escala numérica (Circular normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003 da Direção Geral de saúde); H) sem antecedentes clínicos relevantes, grávida de 20 semanas, sem alergias conhecidas, é Testemunha de Jeová; I) face posterior com escoriações de pequenas dimensões.

Perante estes dados, em termos de supervisão encontramos-nos nas etapas de definição do **objetivo** que é a “Apreciação de situações-problema-competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais.” (Abreu, 2003,p.19) e **identificação do problema** que é a “clarificação das áreas dos problemas identificados” (Abreu, 2003,p.19)

A equipa da urgência começa as manobras adequadas à situação de emergência (oxigenoterapia, acesso venoso, monitorização de sinais vitais, algaliação...) e o médico da urgência, perante a extensa hemorragia, solicita duas unidades de concentrado de eritrócitos, enquanto mantém a volémia com a administração rápida de Hemacel.

Maria é informada que necessita de uma intervenção cirúrgica urgente que inclui transfusões sanguíneas. Maria comunica que por ser testemunha de Jeová recusa a administração de sangue, mas autoriza a intervenção cirúrgica e tratamento alternativo à hemoterapia. O médico, após observação clínica e verificação dos resultados analíticos, informa-a que está em grave risco de vida e que a administração de sangue é imprescindível para a sua sobrevivência e a do seu feto.

Perante o agravamento da situação clínica de Maria (com perda de consciência) o marido que não é testemunha de Jeová exige ao médico que se façam as transfusões sanguíneas necessárias para que Maria e o seu futuro filho sobrevivam. Nesta situação questionamo-nos:

- Deverá a equipa de saúde administrar as unidades de sangue a Maria como é pedido pelo marido?
- Será que a equipa de saúde tem o dever de salvar a vida do feto de Maria administrando as unidades de sangue à sua revelia?
- Terá Maria o direito de por em risco a sua vida e a do seu feto?

3. PLANO DE CUIDADOS

O **diagnóstico de enfermagem** no processo de enfermagem é uma decisão clínica acerca das necessidades em cuidados de saúde do cliente e escolha dos objetivos dos cuidados. É formulado de acordo com a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990) Em termos de supervisão encontramos-nos na etapa de **contextualização** que é a “definição de objetivos de intervenção que salvaguardam as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.” (Abreu, 2003,p.19)

Perante este caso clínico relativamente à prestação de cuidados de enfermagem levantam-se como focos (tendo por base a CIPE versão 2.0):

- ✓ Hemorragia
- ✓ Fratura
- ✓ Ferida
- ✓ Dor
- ✓ Risco de choque hipovolémico
- ✓ Risco de infeção
- ✓ Gravidez comprometida
- ✓ Crença religiosa presente
- ✓ Crise familiar

O **planeamento** inicia-se após a identificação dos diagnósticos, por forma a delinear uma estratégia para alcançar os objetivos estabelecidos para aquela cliente. É também nesta fase, que se estabelece uma cooperação, se necessária, com outros prestadores de cuidados de saúde. (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990) O planeamento com a cliente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro. (Nunes,2011)

Relativamente à supervisão de cuidados entramos também na etapa do **planeamento** em que o supervisor faz a “preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.” (Abreu, 2003,p.19) Como futuras enfermeiras supervisoras, pela urgência do caso clínico, decidimos que dos focos aqui levantados iremos planear e desenvolver os que justificam a nossa intervenção urgente e eficiente nas áreas da médico-cirúrgica, ética, direito e deontologia profissional. São eles a fratura presente, a dor presente e a crença religiosa presente.

Passamos assim à fase de **implementação** do processo de enfermagem que consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado. Esta fase inclui a prestação direta de cuidados aos clientes, a supervisão de cuidados delegados, o ensino ao cliente e família, a orientação e a identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde. (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990) Também é a etapa em que o supervisor faz a sua **implementação**, ou seja, a “implementação das acções planeadas.” (Abreu, 2003,p.19)

As intervenções terapêuticas de enfermagem são definidas por Meleis como as três medidas ou fases de atuação amplamente aplicáveis durante as transições que valorizam o papel da enfermagem e a definem. (Meleis,2010) A avaliação de prontidão é considerada a primeira medida como intervenção de enfermagem, devendo ser um esforço multidisciplinar requerendo a percepção abrangente do cliente, o que implica a avaliação de todas as transições a que este está sujeito, de forma a criar um perfil de prontidão do próprio cliente, definindo-se ainda os vários padrões de experiências de transição. A preparação para a transição é a segunda fase da intervenção de enfermagem. Esta inclui essencialmente a educação como forma de fornecimento de condições ideais de preparação para a transição. Em terceiro lugar está a suplementação de papel do cliente até este atingir a transição saudável. Para esta autora as transições são acompanhadas por uma vasta sucessão de emoções, muitas devidas a dificuldades encontradas durante a mudança. O bem-estar físico é também importante, uma vez que o incómodo físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida. Estas mudanças são muitas vezes desastrosas exigindo aos profissionais de enfermagem criatividade e reflexão constante face à realidade presente, conduzindo à correção mental e de valores sociais. A enfermagem deve então ser sensível, consciente e estar voltada para uma maior humanização tendo em conta os seus clientes, de forma a identificar os fatores que indiquem a fase de transição em que estes se encontram de forma a facilitar a mudança no sentido da transição saudável, demonstrando a importância da sua intervenção.

A **avaliação** no processo de enfermagem consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados previstos, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas. (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990) A avaliação também é a última etapa do processo de supervisão clínica que consiste na “avaliação dos resultados e do processo de supervisão”. (Abreu, 2003,p.19)

A pessoa para Meleis deve ser vista de forma holística. O cuidado não é algo definível, surge sim da consciencialização do enfermeiro ao desvendar a compreensão do cliente enquanto vivência o processo de transição. A transição dá importância a todos os aspetos e momentos da vida da pessoa, devendo ser encarados como comportamentos que possibilitam particularizar os cuidados. (Meleis,2010)

Nos próximos capítulos apresentaremos as intervenções de enfermagem planeadas e os resultados esperados para cada foco.

3.1. Foco: Fratura Presente

Foco	Intervenções	Resultados
Fratura presente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar os sinais vitais; • Puncionar a veia; • Administrar terapia com Fluidos ou Eletrolíticos; • Implementar oxigenoterapia; • Implementar terapia compressiva; • Avaliar resposta à fluidoterapia; • Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inefetiva; • Vigilância contínua (coloração, temperatura, sensibilidade das extremidades e pulso periférico do membro afetado, por risco de síndrome compartimental e de perdas sanguíneas por risco de hemorragia); • Gerir sintomas; • Posicionar a cliente; • Colaborar com o médico (no alinhamento e imobilização da fratura); • Cuidados à ferida traumática; • Encorajar o repouso; • Monitorizar os sinais e sintomas de infeção; • Manter a dignidade e a privacidade; • Estabelecer confiança; • Gerir ansiedade; • Informar sobre plano de cuidados proposto (intervenção cirúrgica e administração de hemoderivados); • Explicar direito da cliente; • Vigiar consciência; • Apoiar o processo de tomada de decisão; • Verificar o consentimento informado antes da cirurgia. 	<p>Conhecimento adequado sobre cuidados à ferida/fratura;</p> <p>Bem-estar físico, espiritual e psicológico;</p> <p>Padrão respiratório e pressão sanguínea adequados;</p> <p>Fratura melhorada.</p>

3.1.1. Justificação

Doenges, Moorhouse & Geissler (2003, p.681) referem que “A fratura é uma falta de continuidade ou uma quebra do osso.” As fraturas expostas são consequência de traumatismo violento e podem ter associadas várias complicações, tais como, risco de isquémia, infeção da ferida e dor crónica. (Nunes, Meira, Martins, Carvalho, Saraiva, & Ribeiro, 2009, p.93) Outra das complicações de uma fratura do membro é o Síndrome de Compartimento. “As principais causas de um aumento da pressão no compartimento são: o edema muscular e a hemorragia decorrentes da fratura.” (Nunes, Meira, Martins, Carvalho, Saraiva, & Ribeiro, 2009, p.100) Torna-se necessário estar atento aos sinais deste síndrome, principalmente à dor, à ausência de pulso distal, parestesias ou perda de sensibilidade do membro. O tratamento da síndrome de compartimento é sempre cirúrgico. (Nunes, Meira, Martins, Carvalho, Saraiva,...,Ribeiro, 2009, p.100) Temos ainda que estar atentos ao risco de choque. Nos clientes em choque é fundamental realizar um controlo hemodinâmico (monitorização sinais vitais, como a tensão arterial, frequência cardíaca, pulso, pressão venosa central); respiratório (frequência e amplitude respiratórias, gasimetria, oximetria); do foro neurológico (estado de alerta, confusão, reação pupilar e à estimulação); hidroeletrolítico e hematológico (hemograma, ionograma). (Allen, M.L., 2003, p.505)

O nosso direito público é prestar cuidados de enfermagem. A deontologia chama-nos à atenção para a necessidade da profissão se reger por certos princípios e deveres. O juramento de Florence Nightingale é anterior ao nosso código deontológico e faz parte do nosso compromisso profissional. Dentro das Leis de Bases da Saúde sobressai a Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro que fala da deontologia profissional do enfermeiro. Dos Artigos 74.º até ao 77.º fala-se dos deveres, direitos e incompatibilidades dos enfermeiros. A mesma lei tem em anexo o Código Deontológico dos Enfermeiros que vai do Artigo 78.º até ao Artigo 92.º descritos em Diário da República.

Todos os artigos do nosso Código Deontológico são importantes mas na “decisão de cuidados” destacamos o Artigo 78.º que dá importância à defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana incluindo a do próprio enfermeiro, também ele uma pessoa. É o artigo baseado no compromisso do cuidado, da responsabilidade (é a nossa ética pura); o Artigo 79.º que fala das obrigações deontológicas em geral destacando-se o proteger e defender a pessoa, tendo em conta a ética e o bem comum; o Artigo 81.º referente aos valores humanos, destacando o respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para ela exercer, nestas áreas, os seus direitos; o Artigo 82.º referente aos direitos à vida e à qualidade de vida (ideia máxima do dever do enfermeiro); o Artigo 84.º, muito importante na decisão de cuidados, referente

ao dever de informação na área de cuidados de enfermagem, no respeito ao direito à autodeterminação (o dever de informar, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado livre e esclarecido); o Artigo 86.º referente ao dever de respeitar a privacidade e a intimidade da pessoa; o Artigo 89.º referente ao dever de promover a humanização dos cuidados de enfermagem, criando ambientes favoráveis à melhoria das capacidades da pessoa.

A evolução das sociedades nos últimos tempos conduziu ao aparecimento dos direitos humanos e à democracia. A conceção moderna de “autonomia da pessoa” foi tardia em relação à do “princípio da beneficência”. Gracia (2007) diz que “Autonomia, beneficência e justiça são, de facto, princípios diferentes, de tal modo que os dois primeiros têm a ver com o “bem individual” de uma pessoa (...), enquanto o terceiro, a justiça, olha pelo “bem comum”. O bem comum ou o bem de todos é sempre superior ao bem dos indivíduos concretos, razão pela qual estes princípios, além de distintos, apresentam entre si uma certa “hierarquia”. Enquanto princípios *prima facie*, a justiça é superior aos outros dois.” (p.269-270)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE15 Mar2007-EP02/07, p.7) “O consentimento é um dos aspectos básicos da relação entre os profissionais da saúde e os clientes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem estar, no exercício da liberdade responsável.” A mesma Ordem diz que “Considera-se consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem.” (p.1)

A Responsabilidade Civil no que se refere aos atos ilícitos, direitos, obrigações e omissões está descrita nos Artigos 483.º, 485.º e 486.º. Cada vez mais é preciso ter presente o que é que pode ou não ser considerado crime. Em saúde o mais importante é o consentimento informado. Tudo o que seja feito sem o consentimento do doente desde que este esteja em condições de decidir por si, é considerado crime, mesmo que o profissional de saúde atue tendo apenas a finalidade de atenuar o sofrimento ou salvar a vida da pessoa. Ninguém pode matar, mas o doente beneficia do princípio da Autonomia de vontade. A pessoa é soberana à luz do princípio da autonomia. Ela tem que aceitar os tratamentos senão ninguém a pode obrigar. O Artigo 38.º do Código Penal fala do consentimento. No seu nº 1 refere os “interesses juridicamente disponíveis” que são a vida e a integridade física. Fala também na “ilicitude do facto”. Uma intervenção cirúrgica é sempre um ato de ofensa à integridade física, logo constitui crime se não existir consentimento informado do

doente. Sabe-se que o Consentimento Informado não está sujeito a uma forma formal. Pode ser escrito ou verbal. O nº2 do Artigo 38.º fala nisto referindo que o consentimento tem que se traduzir numa vontade séria, livre e esclarecida, ou seja, o doente tem que saber dizer o que lhe foi proposto, deve ter liberdade de escolha e opções de escolha. Para que isso aconteça a informação deve ser dada pelo profissional de forma adequada a cada indivíduo tendo em conta a pessoa que este representa (modo de compreensão) devendo na transmissão dessa mesma informação serem referidas as consequências possíveis do ato. Este nº 2 diz ainda que este consentimento pode ser revogado livremente até ao último minuto antes da intervenção.

A Convenção para os Direitos do Homem e Biomedicina fala do direito ao consentimento informado, vida privada e direito à informação e consequências da intervenção proposta. Fala também da possibilidade de recusa até ao momento da intervenção. O Artigo 5.º fala do consentimento no sentido de autorização (livre e esclarecido), dizendo que este só é válido em condição de liberdade física e psicológica sem pressões, em consciência e esclarecido, ou seja, há dever de informação, do acesso à informação. Esta informação é sobre o objetivo, natureza, consequências e riscos dessa intervenção e a linguagem deve ser sempre adaptada à pessoa. Devem também ser dadas as alternativas à intervenção (com os riscos de umas e outras).

O Artigo 156.º do Código Penal, diz que as pessoas indicadas no Artigo 150.º (médico ou pessoa autorizada, o que abrange os enfermeiros), em visão dos destinos nela apontadas, a realizarem procedimentos sem consentimento são punidas com prisão e/ou multa. No seu nº2 fala de como o profissional fica ileso de crime. Se atua de forma do consentimento presumido (proteção da vida). O Diário da República no seu Artigo 8.º fala do consentimento presumido nas situações de urgência indispensável ao benefício da saúde da pessoa em risco e complementa com o Artigo 9.º que fala da vontade anteriormente manifestada por parte do paciente em risco mas que devido ao seu estado atual não pode confirmar autorização para a intervenção, reforçando o Artigo 156.º do Código Penal. O Artigo 157.º do mesmo código fala do esclarecimento do consentimento, referindo que cada caso é um caso. O consentimento não tem regras, deve ser dirigido à pessoa. Ressalva ainda que é importante a “comunicação em circunstâncias...psíquicas”. Estas são as condições que autorizam o direito à não comunicação.

O Artigo 8.º do REPE diz no “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

Numa fratura exposta a dor é outra sequela presente onde se deve intervir adequadamente.

3.2. Foco: Dor Presente

Foco	Intervenções	Resultados
Dor presente	<ul style="list-style-type: none">• Identificar a atitude face à dor;• Avaliar a dor (através da escala existente na urgência).• Implementar linhas de orientação face à dor;• Encorajar o repouso;• Demonstrar técnicas de relaxamentos;• Administrar medicação para a dor;• Gerir a dor;• Avaliar a resposta à gestão da dor;• Ensinar sobre a gestão da dor;• Avaliar as crenças culturais e espirituais;• Providenciar apoio espiritual;• Registrar a avaliação da dor.	<p>Conhecimento adequado sobre a gestão da dor;</p> <p>Bem-estar físico, espiritual e psicológico;</p> <p>Dor melhorada.</p>

3.2.1. Justificação

A palavra “dor” tem origem do latim, designando-se de “dolore”. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele. A dor é um conceito abstrato, é individual e deve ser credível a sua existência sempre que a pessoa diz que a tem. Em 14 de Junho de 2003, a Direção Geral de Saúde (DGS) divulga a Circular Normativa n.º09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano que ao refletir-se no seu estado físico e psicossocial compromete a qualidade de vida das pessoas. Segundo especialistas existem dois tipos de dor a aguda e a crónica. A Ordem dos Enfermeiros (2008) define a dor aguda como um tipo de dor de “...início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal” (p.25). Normalmente este tipo de dor é um episódio transitório que avisa a pessoa de que alguma coisa está mal e está associada a lesão corporal ou a uma explicação fisiopatológica, desaparecendo com sucesso pós intervenção clínica.

Num contexto cognitivo é importante a questão do sofrimento, quase sempre associado à dor e confundido com ela, devido às origens da história religiosa e cultural do homem. Vivemos numa

sociedade onde os analgésicos primam no sentido de “fugir” à dor, sendo por isso o caminho mais racional e aceitável.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde. Para minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar do cliente, deve ser realizada uma avaliação e registo da intensidade da dor contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente. Devemos como profissionais utilizar medidas não farmacológicas e farmacológicas. Para uma correta avaliação da dor deve-se ter em conta o que o doente diz relativamente ao seu auto-retrato de dor, elaborar a história de dor do doente se possível, selecionar o instrumento de avaliação da dor do doente privilegiando os instrumentos de autoavaliação, adequando-os às condições do doente, utilizar sempre a mesma escala da dor ao longo do tempo a não ser que as condições do doente se modifiquem ao ponto de existir necessidade de a substituir.

A dor é uma experiência psicossomática enquanto o sofrimento engloba as vertentes psíquicas, psicológicas, sociais e espirituais. Todas estas vertentes estão interrelacionadas, sendo difícil de as distinguir umas das outras. A solução está em melhorar a qualidade das relações através de uma comunicação honesta e verdadeira entre cliente/familiares e cliente/prestadores de cuidados. Desta forma, para que sejam realizados cuidados com qualidade devem ser respeitadas determinadas premissas: deve ser respeitada a integridade do cliente como pessoa; a dor do cliente deve ser aliviada tanto quanto possível, para que no momento da sua morte a sua dignidade prevaleça; o cliente tem direito à sua liberdade de escolha, devendo estar informado da sua situação de saúde podendo aceitar ou recusar intervenções terapêuticas; o cliente deve ser ouvido em termos de sentimentos, pensamentos, medos, esperanças, etc. nesta linha de pensamento surge o foco crença religiosa presente.

3.3. Foco: Crença Religiosa Presente

Foco	Intervenções	Resultados
Crença religiosa presente	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o bem-estar psicológico e espiritual da cliente;• Avaliar o conhecimento da cliente e marido;• Escutar a cliente e marido;• Avaliar as crenças espirituais e culturais da cliente e marido;• Apoiar crenças;• Avaliar barreiras à adesão;	Bem-estar físico, espiritual e psicológico; Adesão ao regime terapêutico; Gravidez presente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Validar conhecimentos sobre complicação da ferida traumática; • Encorajar a comunicação expressiva de emoções; • Promover a adesão ao regime; • Aconselhar o cliente; • Envolver marido da cliente na tomada de decisão; • Explicar direito da cliente; • Providenciar apoio espiritual; • Manter a confidencialidade, dignidade e privacidade; • Proteger as crenças religiosas; • Proteger o direito da cliente. 	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.3.1. Justificação

Indicadores de transições saudáveis estão definidos por Meleis como padrões de resposta da teoria de médio alcance. Os padrões de resposta estão definidos em dois grupos designados de indicadores de processo e indicadores de resultados e ambos caracterizam as respostas saudáveis. Eles movem os clientes na direção do saudável ou na direção da vulnerabilidade e risco de forma a permitir a avaliação dos enfermeiros e das intervenções que conduzam a resultados saudáveis. Os indicadores de processo incluem o sentir-se ligado (envolvido), o interagir, o estar situado (em termos de tempo, espaço e relações) e o desenvolver confiança e *coping*⁸. Os indicadores de resultados sugeridos por Meleis incluem o domínio de novas competências (demonstrado pelas pessoas através de habilidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação/ambiente) e a reformulação de identidades (que pode também representar uma conclusão saudável de uma transição, a integração suave da mudança). (Meleis,2010)

As Testemunhas de Jeová são uma doutrina religiosa que reconhece com única autoridade a Bíblia, especificamente o Antigo testamento. Esta é interpretada “à letra” sem ser feita qualquer adequação à atualidade. Segundo Soares (1997) a sua divindade é Jeová Deus, vértice de toda a acção universal e detentor de todo o poder. Este autor explica que as Testemunhas de Jeová rejeitam a imortalidade da alma humana, considerando que a morte é o fim da existência da pessoa e Canena (2001) elucida que não têm qualquer objeção em procurar tratamento para os problemas de saúde

⁸Coping é um conceito que não tem tradução na língua Portuguesa e é utilizado para descrever os esforços estratégicos de natureza cognitiva e comportamental para lidar com situações danosas, de ameaça ou de desafio. O indivíduo analisa o agente stressor e desenvolve atitudes conscientes e intencionais.

na medicina convencional e não defendem qualquer forma de cura pela fé ou espiritual. No entanto, no que se refere à homeoterapia as Testemunhas de Jeová são inteiramente contra e baseiam-se em passagens bíblicas que interpretam como uma proibição a este tipo de tratamento – “A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue não comereis.” (Gênesis 9:4)

Canena (2001) defende que esta recusa não deve ser interpretada como o exercício do “direito de morrer”, as Testemunhas de Jeová não desejam “sacrificar-se” ou tornar-se mártires. Aliás, segundo Torre de Vigia (1990, p.13-16) as Testemunhas de Jeová defendem que, atualmente, a medicina convencional possui recursos que dispensam a homeoterapia, tais como: administração de “substâncias colóides ou cristalóides” e “substitutos de hemoglobina”; cirurgia com perda mínima de sangue, recorrendo à “hipotermia”, ao “electrocautério”, a “anestesia hipotensiva”.

Meleis indica como exemplos de transição que podem constituir momentos críticos para os indivíduos mas oportunidades de aprendizagem para estes e para os profissionais de saúde os diagnósticos, as cirurgias, entre outros. Refere ainda que a transição só é possível após a pessoa alvo dos cuidados perceber que está num processo de transição e a percepção e conhecimento que tem dessa transição influi na mudança (consciencialização). Todas as transições envolvem mudança e o indivíduo na transição acaba por alterar o seu papel na sua adaptação à nova condição e a sua percepção de estar diferente é importante para que ocorra essa transformação. As transições podem ser caracterizadas ao longo do tempo e essa duração temporal inicia-se na fase dos primeiros sinais de antecipação, período de instabilidade, angustia, confusão até à percepção com posterior demonstração da mudança terminando num novo período de estabilidade. Os acontecimentos e pontos críticos são definidos como marcadores tais como o nascimento ou a morte. Podem ou não ser identificáveis na transição e normalmente estão associados ao aumento de consciência das mudanças, diferenças ou empenho mais ativo ao lidar com a transição. (Meleis,2010)

As condições facilitadoras e condições inibidoras da transição não são mais do que circunstâncias que influenciam a maneira como a pessoa se mobiliza e que facilita ou dificulta o seu progresso em direção ao alcance de uma situação de estabilidade saudável. Estas condições podem ser a nível pessoal, da comunidade ou da sociedade. Condições pessoais incluem os significados dados à transição, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento. (Meleis,2010)

“O conceito de direitos humanos constitui-se como pedra angular da nossa humanidade. Como afirma Amyrta Sen, pertencem por direito a toda a humanidade e, deste ponto de vista, o conceito

de direitos humanos universais é uma ideia unificadora, algo que torna cada um de nós importante, algo que todos podemos partilhar.” (Nunes, 2009, p.136)

As Testemunhas de Jeová para garantirem que não é-lhes administrado hemoderivados, geralmente, fazem-se acompanhar de um documento assinado onde expõem a sua recusa em receber sangue e isenta a equipa médica e administração hospitalar de responsabilidades legais. Segundo Anderson (cit. por Torre de Vigia, 1990) “Se existir uma declaração escrita não-ambígua do paciente, declarando que ele é Testemunha de Jeová e não deseja sangue sob nenhuma circunstância, o respeito pela autonomia do paciente exige que este desejo seja respeitado, assim como se tivesse expresso oralmente.” (p.18)

A Carta dos Deveres e Direitos dos Doentes (1998), da Direção Geral de Saúde (DGS), diz no seu enunciado que “O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.”

Com o SNS a pessoa passou a poder reclamar dos maus cuidados. O Artigo 483.º do Código Civil fala dos direitos e das obrigações conduzindo-nos aos pressupostos da responsabilidade dos profissionais. O Artigo 485.º do mesmo código fala do consentimento, através da informação e conselhos responsáveis e o 486.º fala das omissões que conduzem às obrigações de “reparar dano”.

Relativamente à declaração universal dos direitos do homem, destacamos o Artigo 1.º que fala da liberdade e igualdade na dignidade e em direitos do Homem, dotado de razão e consciência devendo interagir com os outros fraternalmente; o Artigo 3.º que afirma qualquer pessoa tem direito à vida, à liberdade e à própria segurança; o Artigo 18.º diz que todos têm direito à liberdade de pensamento, religião, e expressão das suas convicções podendo estas mudar com o tempo e o Artigo 19.º diz que qualquer pessoa tem direito à liberdade de expressão.

O Direito da Liberdade está acima de todos os outros. Daí ninguém poder exercer autoridade mesmo que a decisão da pessoa seja irracional. Já diz Nunes (2011) “Comece-se por retomar a ideia de que é por escolher entre duas ou mais possibilidades que realizo os meus actos, habitualmente por preferência. Assim, tomar uma decisão consiste em escolher a melhor alternativa (que se me apresentou) de acordo com critérios estabelecidos, com base numa certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objectivo específico ou um determinado resultado.” (p.133) Para esta autora as obrigações dos enfermeiros têm por base os princípios da

autonomia, da não-maleficência, de beneficência, da utilidade, da justiça, da fidelidade, veracidade e da confidencialidade. (Nunes, 2011)

As tomadas de decisão são sempre difíceis pois por vários motivos de ordem externa ou interna, não temos todos os dados essenciais para decidir com certeza. Estes dados podem falhar a nível das alternativas possíveis, muitas vezes as informações não são objectivas, confiáveis e precisas, sendo "...de incerteza (enfrentando situações imprevisíveis ou sem informação para estabelecer a probabilidade dos eventos). De vez em quando, as condições são mesmo de turbulência, face a mudanças rápidas." (Nunes, 2011, p.152)

De qualquer forma quando a pessoa está nas suas faculdades e é capaz de decidir deve-se ter em conta na decisão o seu consentimento informado livre e esclarecido. Segundo Nunes, (2011) " (...) a tomada de decisão em situação difícil tem ganhos em ser discutida e analisada em equipa de saúde. Excepções claras na toma da de decisão em emergência e na ausência de um interlocutor competem. Aqui, vale a formação do profissional, os seus conhecimentos, as experiências e capacidades de agir em benefício do outro." (p.153)

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ainda reforça dizendo "A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se." (p. 8-9)

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1978) realça a dignidade humana, da igualdade dos direitos e logo está também relacionada com a autonomia de pessoa e logo na promoção da capacidade de decisão que indiretamente nos conduz ao consentimento informado. O direito fundamental à liberdade engloba a liberdade de religião, o que significa o direito do indivíduo escolher livremente a sua orientação religiosa. Sendo assim, "Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamadas na presente declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de (...) religião (...). (Declaração Universal dos Direitos Humanos Artigo 2.º) e "Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica (...) a liberdade de manifestar a religião ou convicção (...) pela prática, pelo culto e pelos ritos. (Declaração Universal dos Direitos Humanos Artigo 18.º) Sem ser " (...) inquietado pelas suas opiniões (...)"(Declaração Universal dos Direitos Humanos Artigo 19.º).

Dentro da Dignidade da Pessoa Humana destaca-se a Lei de Bases da Saúde como diploma legal produzido pela Assembleia de República que estabelece os princípios de proteção da saúde. A Lei de Base n.º 48/90, de 24/08 é a lei que rege todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS) a seguir à

Constituição. A Base I diz que as pessoas são livres de procurarem o tratamento e cuidados que quiserem dentro ou fora do SNS. O direito à proteção da saúde implica que as pessoas sejam tratadas por profissionais creditados, com qualificações para o exercício. A Base V fala dos direitos e deveres dos cidadãos. A Base XIV diz que os utentes têm o direito de escolher o serviço e os prestadores de cuidados, de aceitar ou recusar esses cuidados (consentimento informado). Ser tratado com humanidade, sendo respeitada a confidencialidade dos seus dados, podendo reclamar maus tratos.

A Norma da DGS nº 015/2013 de 3/10/2013 fala sobre o consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Fala também do Direito a recusar/Dissentimento dizendo que, “I. Salvo disposição legal em contrário, a pessoa tem o direito de recusar o ato/intervenção que lhe é proposto, obrigando, conseqüentemente, a um esforço suplementar de esclarecimento e informação por parte do profissional de saúde, devendo tal decisão ser reconhecida como uma manifestação legítima de autonomia, desde que livre e esclarecida.” (p.5-15)

O progresso com conseqüente aumento da complexidade tecnológica e desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a vida intra-uterina vieram dotar-nos da capacidade de “...visualizar, avaliar e intervir durante esse tempo da vida humana...”, logo é possível “...uma melhor protecção dos direitos humanos desde o seu início. Reconhecem-se hoje os direitos da criança desde o período germinal, período embrionário e fetal.” (Silva & Silva)

Por vezes, os pais enfrentam dilemas éticos de difícil resolução e o direito conferido pelo princípio da autonomia torna a decisão responsabilidade apenas sua. Correspondendo a ética aos “...costumes, os hábitos ou o agir habitual; actos concretos que indicam e realizam o modo de ser implantado na pessoa.” e sendo o seu objetivo o estudo “...em profundidade o ser e o sentido das normas morais, isto é, explicar o bem moral e as suas características.” (Ferreira & Dias, 2005, p.16 e 18) Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia e dignidade dos pais, mais em simultâneo motivá-los para a salvaguarda do direito à vida humana do embrião, do feto e do recém-nascido. (Silva & Silva)

Os Artigos 24.º, 25.º e 26.º da Constituição da República Portuguesa falam do direito à vida e à integridade pessoal e de outros direitos pessoais sendo um deles a proteção legal contra quaisquer discriminações.

A nível internacional “A convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina já tem algumas referências à vida intra-uterina (artigos 13º, 14º e 18º) mas só recentemente num

documento promovido pela AMADE (Associação dos Amigos da criança) e pela UNESCO se faz uma declaração em que já há referência aos direitos do feto.” (Silva & Silva)

Na Lei Portuguesa, mais especificamente na Carta dos Direitos da Criança, estão contemplados um conjunto de direitos importantes e inquestionáveis que salvaguardam os direitos da criança desde o período germinal, o período embrionário e o período fetal. (Silva & Silva)

Silva & Silva faz referência a Gold (2000) que defende que foi a ecografia obstétrica que conferiu autonomia ao feto, dando-lhe visibilidade como entidade vivente suscetível de beneficiar de cuidados médicos. Se a nível bioético é indiscutível os direitos do feto, a nível legal estes não estão contemplados no nosso código civil, uma vez que, como descrito no artigo 66º/1 “A personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida.” (entenda-se personalidade como referência à personalidade e capacidade jurídica).

Exposto isto, ao enfermeiro que presta cuidados ao cliente Testemunha de Jeová no exercício do seu direito de recusa cabe o dever de defesa e proteção dos direitos do cliente, nomeadamente, o respeito pela sua integridade biopsicossocial e espiritual, oferecendo cuidados não discriminatórios e sem imposição de convicções ou valores externos ao cliente.

4. REFLEXÃO FINAL

A necessidade da relação de ajuda aliada à tomada de decisão tendo em conta a prática de enfermagem num contexto complexo como o descrito obrigou-nos a mobilizar conhecimentos éticos, jurídicos e religiosos, não negligenciando as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, o modelo conceptual utilizado como base do processo de enfermagem e a CIPE que nos permitiram realizar o trabalho nos moldes aqui expostos.

O modelo teórico adotado foi o da Teoria das Transições de Meleis. Qualquer transição na vida da pessoa é um processo difícil e muitas vezes doloroso. A adaptação à nova condição é um processo moroso que muitas vezes não é aceite de ânimo leve, podendo conduzir a reações inesperadas. Cabe ao enfermeiro estar atualizado de forma a facilitar este processo de transição visto ser quem está mais próximo do cliente. Auxiliar e educar são então funções cruciais na profissão de enfermagem que quando baseada na Teoria das Transições contribui para aumentar as possibilidades de ajuda à pessoa, uma vez que não se baseia apenas na cura mas sim no desenvolvimento da pessoa, na sua maturação, equilíbrio, progresso e crescimento vendo-a como um todo e tendo em conta a fase de desenvolvimento físico e intelectual em que se encontra de forma a permitir-lhe a estabilidade necessária à nova condição. Conseguimos desenvolver conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem e na área do cliente testemunha de Jeová.

Espera-se que o enfermeiro especialista cumpra de forma ajustada a supervisão de cuidados, analisando com regularidade a sua praxis de forma a reduzir ao máximo o risco de complicações, promovendo práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade.

Este trabalho permitiu-nos desenvolver conhecimentos nos quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados e Competências do domínio das aprendizagens profissionais); da Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica Cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; das competências de mestre (Demonstrar competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas, Integrar equipas

de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva e Agir no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Com o trabalho desenvolvido atingimos os objetivos propostos. Em casos idênticos pensamos ter adquirido competências para atuar, mas temos consciência de que cada caso é um caso e que, similar ou não, precisamos de nos atualizar constantemente, não negligenciando nunca a razão que nos leva a prestar cuidados e as bases ética, jurídica e deontológica da nossa profissão.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W.C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- Allen, M.L. (2003). *Choque*. In Phipps, Sands & Marek (6ª ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 497-523). Loures: Lusociência.
- Andreson, J.E., Yoder, K.K., Kaufman, J.S. (1990). In Phipps, Sands & Marek *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 61-72). Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Editora Quarteto.
- Canena, J. (2001). *Presidente da Comissão de Ligação Hospitalar de Almada para Testemunhas de Jeová: Recusa de Hemoterapia por Testemunhas de Jeová*. Almada: Entrevista
- Deodato, S. (2010). *Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem*: Revista Percursos nº18.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. & Geissler, A.C. (2003). *Planos de Cuidado de Enfermagem: Orientação para o cuidado individualizado do paciente* (5ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Ferreira, M. & Dias, M.O. (2005). *Ética e profissão: Relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de Bioética*. 2º edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, Publicações Lda.

- Kron, T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermaria*. (5ªed). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Ldt.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Ldt.
- Nunes, F.M., Meira, P.M., Martins, A.G., Carvalho, I., Saraiva, M., & Ribeiro, G.E. (2009). *Manual de Trauma* (5ª ed). Damaia: Lusociência.
- Soares, A. O. (1997). *Testemunhas de Jeová: reflexões sobre a recusa de hemoterapia*. Medicina Interna. Vol. 4 (1), p. 56-59
- Sociedade Bíblica (1968). *A Bíblia Sagrada*. Lisboa
- Taylor, L., Lillis, C., LeMonde, P. (2007). *Fundamentos de Enfermagem: A Arte e a ciência do cuidado de enfermagem* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Torre de Vigia (1990). *Como pode o sangue salvar a sua vida?* São Paulo: Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados

ELETRÓNICAS

- Abreu, W.C. (2004). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade*. Disponível em: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Assembleia da República. *Código Civil*, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Assembleia da República. *Código Penal*, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

- ⤵ Assembleia da República. *Constituição da Republica Portuguesa* (VII Revisão constitucional - 2005). Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- ⤵ Cotrell (2000). *Supervisão Clínica de Enfermagem no Caminho da Excelência*. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/caracteristicas-de-um-bom-supervisor-clinico>
- ⤵ Conselho da Europa (2001). *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*. Disponível em <http://www.gddc.pt/direitoshumanos/textosinternacionaisdh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>
- ⤵ Direcção Geral Saúde (2003). Circular Normativa N.º9/DGCG de 14/06/2003: *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Disponível em <http://www.esscvp.eu-LinkClick.aspx?fileticket=ZF-As0HboZY%3D&tabid=193&mid=1377>.
- ⤵ Direcção Geral Saúde. *Carta dos direitos do doente internado*. Disponível em <http://www.djsaude.pt/>.
- ⤵ Direcção Geral Saúde. *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Disponível em <http://www.djsaude.pt/>.
- ⤵ Direcção Geral Saúde. *Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto*. Disponível em <http://www.djsaude.pt/>.
- ⤵ Entidade Reguladora da saúde (2009). *Consentimento Informado*. Disponível em www.ers.pt
- ⤵ Gabinete de Documentação e Direito Comparado. *Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*. Disponível em <http://www.gddc.pt/>.
- ⤵ INEM (2012). *Emergências de Trauma: Versão 2.0*.
- ⤵ Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. Disponível em:

http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

- Onuportugal. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *Carreira de enfermagem. Decreto-Lei n.º 437/91 de 08-11*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2*. Portugal. Estúdios Lusodidacta, Lda.
- Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>
- Ordem Dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de posição da OE sobre Consentimento informado (15Mar2007-EPO2/07)*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21-04. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Pires, R.M., Morais, E.J., Santos, M.R., Kock, M.C., Sardo, M.D. & Machado, P.A.P. (2004). *Supervisão Clínica de alunos de Enfermagem*. Revista sinais vitais (58), p.5-15. Disponível em: http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=252%3Arevista-no-54-maio-2004&catid=92%3Arevistas-2004-e-2005&Itemid=147&limitstart=4
- Silva, E. & Silva, D. (s.d.) *Direitos e valores fundamentais no início da vida humana*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/1.pdf>.
- United Kingdom Central Council for Nursing (1996). *Conceitos de Supervisão Clínica*. Disponível em: <http://supervisãoclínicaenfermagem.wikidot.com/conceitos-de-supervisãoclínica>.